

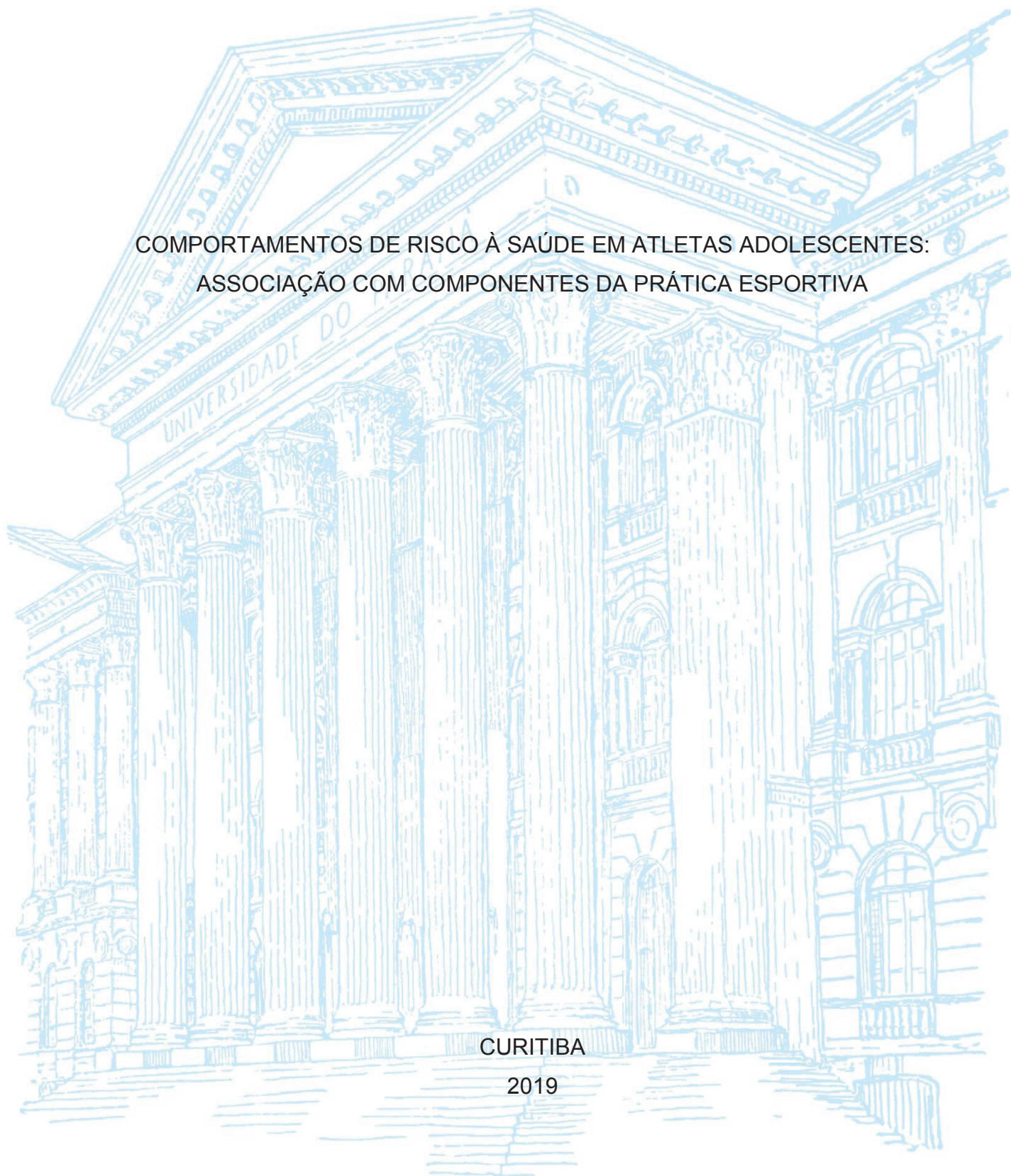
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

JHONATAN GRITTEN CAMPOS

COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE EM ATLETAS ADOLESCENTES:
ASSOCIAÇÃO COM COMPONENTES DA PRÁTICA ESPORTIVA

CURITIBA

2019



JHONATAN GRITTEN CAMPOS

COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE EM ATLETAS ADOLESCENTES:
ASSOCIAÇÃO COM COMPONENTES DA PRÁTICA ESPORTIVA

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Educação Física, Setor de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Educação Física.

Orientador: Professor Doutor Wagner de Campos

CURITIBA

2019

Universidade Federal do Paraná. Sistema de Bibliotecas.
Biblioteca de Ciências Biológicas.
(Dulce Maria Bieniara – CRB/9-931)

Campos, Jhonatan Gritten

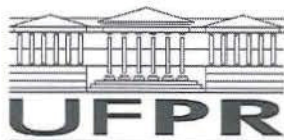
Comportamentos de risco à saúde em atletas adolescentes:
associação com componentes da prática esportiva. / Jhonatan Gritten
Campos. – Curitiba, 2019.
113 p.: il.

Orientador: Wagner de Campos

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Paraná, Setor de
Ciências Biológicas. Programa de Pós-Graduação em Educação Física.

1. Esportes 2. Comportamentos de risco à saúde 3. Atletas 4.
Adolescentes I. Título II. Campos, Wagner de III. Universidade Federal do
Paraná. Setor de Ciências Biológicas. Programa de Pós-Graduação em
Educação Física.

CDD (22. ed.) 613.7043
796.0835



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR SETOR DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EDUCAÇÃO FÍSICA -
40001016047P0

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em EDUCAÇÃO FÍSICA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **JHONATAN GRITTEN CAMPOS** intitulada: **Comportamentos de risco à saúde em atletas adolescentes: associação com componentes da prática esportiva**, após terem inquirido o aluno e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua aprovação no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 26 de Fevereiro de 2019.

WAGNER DE CAMPOS

Presidente da Banca Examinadora (UFPR)

VALDOMIRO DE OLIVEIRA

Avaliador Interno (UFPR)

ELTO LEGNANI

Avaliador Externo (UFPR)

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação aos meus pais Rosangela e Orcelo, a minha irmã Alexandra, ao meu avô (*in memoriam*) Alvino (“Tata”), e a minha namorada Cristiane, que sempre incentivaram meus estudos e nunca mediram esforços para me ajudar em todos os momentos da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela saúde, força, sabedoria e entendimento para a realização desse mestrado, sem a fé, desde o momento da inscrição para o processo seletivo, nada disso seria possível.

Agradeço aos meus pais, Rosangela Aparecida Gritten Campos e Orcelo Rabelo Campos, pelo apoio incondicional, me incentivando e me apoiando desde a escola, em toda a graduação e durante o mestrado. A minha irmã Alexandra, por todo carinho e admiração, sem vocês eu não chegaria até aqui.

Agradeço a minha namorada e companheira Cristiane, que sempre esteve ao meu lado, me ouvindo e dando sempre bons conselhos, a vida ao seu lado se torna mais fácil, espero que possa ser sempre assim ao seu lado, te amo!

Agradeço ao meu orientador, professor Dr. Wagner de Campos, que acreditou em mim, sem ao menos me conhecer, por confiar em meu trabalho e pela confiança em mim depositada me ajudando a evoluir tanto profissionalmente como pessoalmente. Por todos os ensinamentos e conselhos que me proporcionou, só tenho a agradecer, muito obrigado professor!

Agradeço aos meus professores da PUCPR João Eloir e Denis Greboggy, que me ajudaram no processo seletivo para ingresso no mestrado, e em especial ao professor Dr. Cláudio Marcelo Tkac, pois se não fosse você eu não conseguiria ter entrado nesse mestrado, e só cheguei aqui graças a sua ajuda, obrigado por me mostrar o caminho da vida acadêmica professor, você é sensacional!

Agradeço aos meus amigos de CEAFS (Centro de Estudos em Atividade Física e Saúde) Michael, Piola, Ana, Nicolau, Edina, Anelize, Eliane e Orácio pelo companheirismo ao longo desse período como aluno de mestrado, todos vocês me auxiliaram de alguma forma em todo esse processo.

Ao Michael e ao Piola por me ajudar na análise, e em todo o auxílio e finalização do trabalho, a ajuda de vocês foi de fundamental importância.

Agradeço aos meus amigos que sempre estiveram comigo nessa jornada de mestrado, Baruffi, Dani, Henrique, Renan, Jota e Sabrina, que sempre me ouviram e me deram conselhos nesses anos, obrigado!

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Agradeço todos os clubes esportivos que me abriram as portas para que essa pesquisa acontecesse, todos os professores, coordenadores e atletas de cada instituição, para que eu pudesse realizar esse estudo.

Muito obrigado!

RESUMO

INTRODUÇÃO: A prática esportiva estruturada é essencial para a saúde dos adolescentes, visto que a adolescência é um período que ocorrem diversas mudanças físicas, psicológicas, cognitivas e sociais, onde a sensação de autonomia nas tomadas de decisões, podem levá-los a aderir determinados comportamentos de risco à saúde.

OBJETIVO: Verificar a associação de componentes da prática esportiva com os comportamentos de risco à saúde em atletas adolescentes de ambos os sexos.

MÉTODO: Estudo transversal realizado com 367 atletas ($15,68 \pm 0,78$ anos) de Curitiba/PR e região metropolitana. As variáveis sociodemográficas e esportivas avaliadas foram: sexo, idade, nível socioeconômico, tipo de esporte, anos de treino e volume de treino semanal. Os comportamentos de risco à saúde avaliados foram: níveis insuficientes de atividade física, comportamento sedentário (elevado tempo de TV e videogame), hábitos alimentares inadequados (baixo consumo de frutas e vegetais), consumo de bebidas alcoólicas (leve e excessivo), consumo de tabaco e drogas ilícitas, comportamento sexual de risco e violento, além do tempo de sono durante a semana e final de semana, avaliados através de questionários autorreportados. Foram utilizados distribuição de frequência absoluta e relativa para descrever as variáveis sociodemográficas, e foram utilizados medianas e intervalos interquartílicos para descrever as variáveis esportivas, distribuição de frequência absoluta e relativa para a identificação das prevalências, e a regressão de Poisson com variância robusta para analisar a associação de componentes sociodemográficos e da prática esportiva com os comportamentos de risco à saúde, adotando $p < 0,05$.

RESULTADOS: Foram classificados como insuficientemente ativos 9,5% da amostra; 10,4 % e 13,1% com elevado tempo de TV e videogame, respectivamente; 66,5% e 68,4% com baixo consumo de frutas e vegetais, respectivamente; 26,7% consumiram pelo menos uma dose de bebida alcoólica, e 15,3% consumiram 5 ou mais doses de bebida alcoólica; 1,6%, e 1,4% consumiram tabaco e drogas ilícitas, respectivamente; 6,3% não usaram preservativo na última relação sexual, e 12,5% apresentaram comportamento violento. O esporte coletivo (RP: 3,11; IC95%: 1,13-8,58) e os anos de prática (RP: 1,14; IC95%: 1,01-1,29) se associaram positivamente ao elevado tempo de TV. Para o elevado tempo de videogame, associações negativas foram vistas para a idade (RP: 0,59; IC95%: 0,39-0,89) e para o volume de treino semanal (RP: 0,92; IC95%: 0,86-0,99), mas não para os anos de prática (RP: 1,12; IC95%: 1,01-1,25). Para o consumo de vegetais, associações negativas foram vistas para o volume de treino semanal (RP: 0,98; IC95%: 0,96-0,99). A idade se associou positivamente com o consumo leve (RP: 1,64; IC95%: 1,32-2,03) e excessivo (RP: 1,82; IC95%: 1,34-2,48) de bebidas alcoólicas, porém associações negativas foram identificadas para o volume de treino semanal, no consumo leve (RP: 0,95; IC95%: 0,92-0,99) e excessivo (RP: 0,94; IC95%: 0,89-0,99). Associações positivas foram vistas para a idade (RP: 9,59; IC95%: 3,36-27,38) e volume de treino semanal (RP: 1,20; IC95%: 1,01-1,45) para o consumo de tabaco, e na idade para o consumo de drogas ilícitas (RP: 18,08; IC95%: 3,38-56,65). O sexo feminino associou-se negativamente ao comportamento sexual de risco (RP: 0,28; IC95%: 0,08-0,94) e violento (RP: 0,23; IC95%: 0,08-0,62). E o maior nível socioeconômico se associou negativamente ao tempo de sono durante a semana (RP: 0,60; IC95%: 0,42-0,86).

CONCLUSÃO: Foi possível observar que os componentes sociodemográficos e esportivos podem interagir de diferentes formas com os comportamentos de risco à saúde avaliados, no entanto, características da prática esportiva como o volume de

treino semanal, favorece a um menor tempo de videogame, menor consumo de bebida alcoólica e ao aumento do consumo de vegetais em atletas adolescentes.

Palavras-chave: Esporte, Comportamentos de risco à saúde, atletas, adolescentes.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Structured sports practice is essential for the health of adolescents, since adolescence is a period of several physical, psychological, cognitive and social changes, where the sense of autonomy in decision making may lead them to adhere to certain behaviors of risk to health. **OBJECTIVE:** To verify the association of components of sports practice with health risk behaviors in adolescent athletes of both sexes. **METHOD:** Cross-sectional study with 367 athletes ($15.68 \pm .78$ years) from Curitiba / PR and metropolitan region. The socio-demographic and sports variables evaluated were: gender, age, socioeconomic level, type of sport, years of training and volume of weekly training. The following health risk behaviors were assessed: insufficient physical activity, sedentary behavior (TV and videogame excess time), inadequate eating habits (low fruit and vegetable consumption), consumption of alcoholic beverages (light and excessive), tobacco and illicit drugs, risky and violent sexual behavior, and sleep time during the week and weekend, evaluated through self-report questionnaires. We used absolute and relative frequency distribution to describe sociodemographic variables, and we used medians and interquartile ranges to describe the sports variables, absolute and relative frequency distribution for the identification of prevalence's, and Poisson regression with robust variance to analyze the association of socio-demographic components and sports practice with health risk behaviors, adopting $p < 0.05$. **RESULTS:** 9.5% of the sample were classified as insufficiently active; 10.4% and 13.1% with a TV and videogame excess time, respectively; 66.5% and 68.4% with low consumption of fruits and vegetables, respectively; 26.7% consumed at least one dose of alcoholic beverage, and 15.3% consumed 5 or more doses of alcoholic beverage; 1.6%, and 1.4% consumed tobacco and illicit drugs, respectively; 6.3% didn't use a condom at the last sexual intercourse, and 12.5% had violent behavior. The collective sports (PR: 3.11, 95%CI: 1.13-8.58) and years of practice (PR: 1.14, 95% CI: 1.01-1.29) were positively associated with the high time of TV. For the high videogame time, negative associations were seen for age (PR: .59, 95%CI: .39-.89) and for the weekly training volume (PR: .92, 95%CI: .86-.99), but not for years of practice (PR: 1.12, 95%CI: 1.01-1.25). For vegetable consumption, negative associations were seen for the weekly training volume (PR: .98, 95%CI: .96-.99). Age was positively associated with light consumption (PR: 1.64, 95%CI: 1.32-2.03) and excessive (PR: 1.82, 95%CI: 1.34-2.48), but negative associations were identified for the weekly training volume, in the light consumption (PR: .95, 95% CI: .92-.99) and excessive (PR: .94, 95%CI: .89-.99). Positive associations were seen for age (PR: 9.59; 95%CI: 3.36-27.38) and weekly training volume (PR: 1.20; 95%CI: 1.01-1.45) for the tobacco consumption, and age for illicit drug use (PR: 18.08; 95% CI: 3.38-56.65). The female sex was negatively associated with sexual risk (PR: .28, 95%CI: .08-.94) and violent (PR: .23, 95%CI: .08-.62). And the highest socioeconomic level was negatively associated with sleep time during the week (PR: .60; 95%CI: .42-.86). **CONCLUSION:** It was possible to observe that the sociodemographic and sportive components can interact in different ways with the health risk behaviors evaluated, however, characteristics of the sports practice such as the weekly training volume, favors a shorter videogame time, shorter drink consumption alcohol consumption and increased vegetable consumption in adolescent athletes.

Keywords: Sports, health risk behaviors, athletes, adolescents.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - VARIÁVEIS DO ESTUDO.....38

GRÁFICO 1 - FREQUÊNCIA RELATIVA DO TIPO DE ESPORTE DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA, CURITIBA, PARANÁ, BRASIL (N=367).....48

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA, CURITIBA, PARANÁ, BRASIL (N=367).....	45
TABELA 2 - APRESENTAÇÃO DAS VARIÁVEIS ESPORTIVAS, EM MEDIANAS E INTERVALOS INTERQUARTÍLICOS DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA, CURITIBA, PARANÁ, BRASIL (N=367).....	46
TABELA 3 - ASSOCIAÇÃO DO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA, ELEVADO TEMPO DE TV E VIDEOGAME, CONSUMO DE FRUTAS E VEGETAIS, E TEMPO DE SONO DIA DE SEMANA E FIM DE SEMANA EM RELAÇÃO AO SEXO DOS ATLETAS ADOLESCENTES DE CURITIBA, PARANÁ, BRASIL (FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS E RELATIVAS, n=367).....	50
TABELA 4 - ASSOCIAÇÃO DO CONSUMO LEVE E EXCESSIVO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS, CONSUMO DE TABACO, CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS, COMPORTAMENTO SEXUAL DE RISCO E COMPORTAMENTO VIOLENTO EM RELAÇÃO AO SEXO DOS ATLETAS ADOLESCENTES DE CURITIBA, PARANÁ, BRASIL (FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS E RELATIVAS, n=367).....	54
TABELA 5 - RAZÃO DE PREVALÊNCIA BRUTA DOS COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE EM RELAÇÃO AO SEXO, IDADE, NSE, TIPO DE ESPORTE, TEMPO DE TREINO E VOLUME DE TREINO SEMANAL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA, CURITIBA, PARANÁ, BRASIL (n=367).....	60
TABELA 6 - RAZÃO DE PREVALÊNCIA AJUSTADA DOS COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE EM RELAÇÃO AO SEXO, IDADE, NSE, TIPO DE ESPORTE, TEMPO DE TREINO E VOLUME DE TREINO SEMANAL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA, CURITIBA, PARANÁ, BRASIL (n=367).....	63

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	OBJETIVOS	18
1.1.1	Objetivo Geral	18
1.1.2	Objetivos Específicos	18
2	REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1	COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE	19
2.1.1	Nível de atividade física	19
2.1.2	Comportamento sedentário	21
2.1.3	Hábitos alimentares	23
2.1.4	Consumo de bebidas alcoólicas	26
2.1.5	Consumo de tabaco	28
2.1.6	Consumo de drogas ilícitas	30
2.1.7	Comportamento sexual de risco	31
2.1.8	Comportamento violento	33
2.1.9	Tempo de sono	34
2.2	A PRÁTICA DE ATIVIDADES ESPORTIVAS NA ADOLESCÊNCIA	36
3	MATERIAIS E MÉTODOS	39
3.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	39
3.2	CRITÉRIOS ÉTICOS DO ESTUDO	39
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	40
3.3.1	População	40
3.3.2	Cálculo amostral	40
3.3.3	Amostra	40
3.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	41
3.5	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	41
3.6	INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS	41
3.6.1	Identificação das variáveis sociodemográficas	41
3.6.2	Identificação das variáveis esportivas	42
3.6.3	Estado nutricional	42
3.6.4	Nível de atividade física	42
3.6.5	Comportamentos de risco à saúde	43
3.7	TRATAMENTO DOS DADOS E PROCEDIMENTO ESTATÍSTICO	44

4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	46
4.1	CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA.....	46
4.2	PREVALÊNCIAS DOS COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE EM ATLETAS ADOLESCENTES	50
4.3	RAZÃO DE PREVALÊNCIA DOS COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE EM RELAÇÃO AO SEXO, IDADE, NSE, TIPO DA MODALIDADE, TEMPO DE TREINO E VOLUME DE TREINO SEMANAL EM ATLETAS ADOLESCENTES	60
5	CONCLUSÕES	78
	REFERÊNCIAS	80
	APÊNDICE 1 - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	95
	APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ..	97
	APÊNDICE 3 - ANEMNESE SOBRE A PRÁTICA ESPORTIVA	99
	APÊNDICE 4 - ESTADO NUTRICIONAL.....	100
	APÊNDICE 5 - TEMPO DE SONO	101
	ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	102
	ANEXO 2 - QUESTIONÁRIO DE CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL	106
	ANEXO 3 - QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADE FÍSICA PARA ADOLESCENTES	107
	ANEXO 4 - YOUTH RISK BEHAVIOR SURVEY	108

1 INTRODUÇÃO

A adolescência é um período da vida de intensas mudanças físicas, psicológicas, cognitivas e sociais, visto que nesta fase os adolescentes estão suscetíveis à desafios, pressões, podendo afetar as relações sociais com familiares (CURRIE et al., 2012; PENSE, 2016), além de ser um período caracterizado por uma vulnerabilidade a fatores externos, como a mídia e a relação com os amigos, que pode influenciar em suas tomadas de decisões (BARBOSA FILHO et al., 2012). Ainda nesse período, o adolescente adquire uma sensação de autonomia e independência nas suas atitudes que pode influenciar a adoção de comportamentos benéficos ou não à saúde.

O termo comportamento de risco à saúde é caracterizado como participação em atividades que possam comprometer negativamente a saúde física e mental do adolescente (FEIJÓ; OLIVEIRA, 2001). Entre os comportamentos de risco à saúde (CRS) podemos citar níveis insuficientes de atividade física, comportamento sedentário, hábitos alimentares inadequados, consumo de bebidas alcoólicas, consumo de tabaco, consumo de drogas ilícitas, comportamento sexual de risco, comportamento violento (CURRIE et al., 2002; CDC, 2006) e adicionalmente, o tempo de sono inadequado (CARSKADON, 2012). Grande parte dos adolescentes está exposta a estes CRS, podendo ter continuidade na vida adulta (PENSE, 2016).

Como visto, a adolescência apresenta-se como uma fase importante de adoção de comportamentos relacionados a saúde e, aqueles que aderem a determinados comportamentos são mais propensos a apresentarem outros comportamentos benéficos ou deletérios à saúde. Um exemplo disso é a associação da prática habitual de atividade física com um melhor comportamento alimentar, menor tempo de tela e menor consumo de drogas lícitas e ilícitas em adolescentes (CHARILAOU et al., 2009; DOMINGOS; GONÇALVES, 2014; LESJAK; STANOJEVIĆ-JERKOVIĆ, 2015; FLEIG et al., 2015; MEDEIROS et al., 2016). Tal fato denota uma característica de agregação desses comportamentos que podem atuar tanto de forma benéfica quanto deletéria à saúde. Comportamentos como níveis insuficientes de atividade física, hábitos sedentários, hábitos alimentares inadequados, consumo de drogas lícitas e ilícitas, comportamento sexual de risco e violento, e um tempo de sono inadequado, estão associados com doenças cardiovasculares, como isquemia, enfarte, câncer, potencializando o risco

mortalidade, doenças cardiometabólicas, problemas fisiológicos, obesidade, hipertensão, interferências no ambiente social, emocional, na cognição, memória, aumento no estresse e depressão (KILPATRICK et al., 2003; CHATTERJI, 2006; WHO, 2009; HUANG et al., 2010; TREMBLAY et al. 2011; BARBOSA FILHO et al., 2012; MAK et al., 2012). Sendo assim, aumentar os níveis de atividade física dos adolescentes, para que estes CRS diminuam, tem sido apontado como uma das prioridades na saúde pública (HORST et al., 2007).

A literatura tem indicado elevadas prevalências de baixo nível de atividade física na adolescência (FERMINO et al., 2010; HALLAL et al., 2012; SANTOS et al., 2014; STABELINI NETO et al., 2014; WATANABE et al., 2017), em contrapartida a prática esportiva é um exemplo de atividade física estruturada, que cresce cada vez mais entre os adolescentes. Estudos que investigam atividade física (HALLAL, et al., 2012; STRAATMANN et al., 2016) e em especial a prática esportiva (GUEDES; NETTO, 2013; SPRUIT et al., 2016) tem aumentando nos últimos anos, assim como os estudos sobre os CRS com a variável atividade física (MARTINS et al., 2012; TASSITANO et al., 2016). Porém, a investigação com a variável prática esportiva e CRS, foram apresentados de forma sucinta na literatura.

Em revisão sistemática Kwan et al. (2014) examinaram a relação entre a participação esportiva e o consumo de álcool e drogas ilícitas entre os adolescentes, são apontados que a participação em esportes está associada ao consumo de álcool em 82% dos estudos, porém, em relação as drogas ilícitas, houve uma redução no consumo em 80% dos estudos, em especial em adolescentes do ensino médio. Adicionalmente, verifica-se que os indivíduos que realizavam a prática esportiva estruturada, eram menos propensos a serem usuários de drogas ilícitas ou de apresentaram comportamento sexual de risco, quando comparados com aqueles que não realizavam a prática esportiva (KULIG et al., 2003), e também diminuem situações que podem acarretar em comportamentos violentos (SPRUIT et al., 2016). Porém, os atletas adolescentes que realizam a prática esportiva estruturada, tendem a apresentar um baixo tempo de sono (<8 horas/dia) (BLEYER et al., 2015), onde assim suas atividades psicomotoras e cognitivas tendem a diminuir (GOMES et al., 2017), consequentemente seu desempenho no esporte.

Como mencionado, os estudos mostram que a participação em atividade física pode atuar como catalizadora de outros comportamentos positivos relacionados

a saúde, porém, a literatura evidencia que a participação em atividades esportivas podem apresentar associações tanto de maneira positiva quanto negativa em relação aos comportamentos de risco relacionado à saúde de atletas adolescentes (KWAN et al., 2014; HULTEEN et al., 2017).

A participação em esportes organizados e estruturados oferece aos adolescentes diversos pontos positivos, tanto em relação a adoção de bons comportamentos a sua saúde, como em desenvolver habilidades físicas e sociais, além da possibilidade de poder estar vivenciando, aprendendo e desenvolvendo as habilidades motoras de uma determinada modalidade esportiva, entretanto, pode favorecer a adoção de determinados comportamentos inadequados que não venham a ser benéficos, podendo comprometer negativamente sua saúde (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2002; KWAN et al., 2014).

Com base no exposto, a avaliação, acompanhamento e classificação de risco à saúde em adolescentes assume um papel importante para evitar agravos a saúde dos mesmos. Mesmo com todas as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) para os adolescentes, novas pesquisas devem ser conduzidas com foco na identificação, prevenção e controle dos risco à saúde nessa população (GUNAWARDENA et al., 2016).

Vários estudos apontam os principais CRS em adolescentes (LEGNANI et al., 2009; FARIAS JÚNIOR et al., 2009; SAMARA et al., 2014; BRITO et al., 2015), entretanto, são escassos estudos que verificam o envolvimento da prática esportiva relacionado aos CRS na população de atletas adolescentes na literatura nacional, onde a necessidade de monitoramento em atletas adolescentes se torna importante, vistos que os estudos não são consistentes na literatura em relação a participação esportiva e os CRS em atletas adolescentes (KULIG et al., 2003; KWAN et al., 2014; BLEYER et al., 2015; SPRUIT et al., 2016).

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Verificar a associação de componentes da prática esportiva com os comportamentos de risco à saúde em atletas adolescentes de ambos os sexos.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Identificar os comportamentos de risco à saúde estratificado por sexo e o tipo de esporte praticado em atletas adolescentes (filiados as suas respectivas federações paranaenses) com idades de 15 a 17 anos de ambos os sexos;
- Verificar a relação das variáveis sociodemográficas (sexo, idade e nível socioeconômico) com os comportamentos de risco à saúde em atletas adolescentes de 15 a 17 anos de ambos os sexos;
- Verificar a relação de componentes da prática esportiva (tipo de esporte praticado, anos de prática e volume de treino semanal) com os comportamentos de risco à saúde em atletas adolescentes de 15 a 17 anos de ambos os sexos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE

A influência do estilo de vida sobre os níveis de saúde e qualidade de vida de vários grupos etários, como os adolescentes, tem sido amplamente discutida na literatura na área da saúde. Diante disso o monitoramento, levantamento e a intervenção sobre os CRS dos adolescentes vem sendo considerados como prioridades na saúde pública. Como visto anteriormente, entre os CRS podemos citar: níveis insuficientes de atividade física, comportamento sedentário, hábitos alimentares inadequados, consumo de bebidas alcoólicas, consumo de tabaco, consumo de drogas ilícitas, comportamento sexual de risco, comportamento violento, e adicionalmente, o tempo de sono inadequado (GUEDES; LOPES, 2010; MCKNIGHT-EILY et al., 2011; BARBOSA FILHO et al., 2012). No decorrer dos próximos subtópicos revisaremos sobre esses CRS e sua ocorrência na adolescência e em atletas adolescentes.

2.1.1 Nível de atividade física

Diversos estudos tem demonstrado que a prática regular de atividade física está associada a inúmeros benefícios para a população, como por exemplo, a redução dos riscos de acidente vascular encefálico, diabetes do tipo II, doença coronária, hipertensão, câncer de mama, câncer de colo, depressão, ao passo que a mortalidade é retardada (US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2008; GARBER et al., 2011; LEE et al., 2012). Além da melhora da força, da composição corporal, aptidão cardiorrespiratória, da saúde óssea, da função cognitiva e aumento da saúde funcional (SIMONS-MORTON et al., 1997; LEE et al., 2012).

Para os adolescentes, os benefícios não são diferentes. Por exemplo, a atividade física realizada regularmente, melhora a resistência aeróbia, força muscular, flexibilidade, melhorando os fatores cardiovasculares (como melhoria e controle da corporal e pressão arterial de repouso), melhora da auto estima, diminui os níveis de ansiedade e estresse, aumentando a densidade óssea, e é claro, a melhora da aptidão física (CDC, 1997).

De acordo com a OMS, crianças e adolescentes com idades entre 5 e 17 anos, devem acumular no mínimo 60 minutos de atividades diárias com intensidade moderada a vigorosa (totalizando 420 minutos semanais), onde atividades acima desse tempo fornecem inúmeros benefícios para a saúde. As atividades devem ser de preferência aeróbia, onde atividades que fortaleçam a parte óssea e muscular devem acontecer no mínimo em 3 vezes semanais (WHO, 2010).

Quando falamos em nível de atividade física nos CRS são caracterizados os indivíduos que não atingem a recomendação mínima, dessa forma, ser insuficientemente ativo é definida como a condição de realizar qualquer atividade física, mas sem atingir as diretrizes de saúde pública para os níveis recomendados de atividade física com intensidade moderada a vigorosa (HALLAL et al., 2012).

No ano de 2008, estima-se que 5,3 milhões das mortes que ocorreram no mundo foram em decorrência da não realização de atividade física, onde no mesmo ano no Brasil, 13% das mortes foram pelo mesmo motivo (LEE et al., 2012). Estudos apontam a importância da atividade física e comparam pessoas ativas e não ativas fisicamente, onde foi apontado que os riscos de morte diminuem em 30% nos indivíduos ativos fisicamente, comparados com aqueles que não cumprem as recomendações (BAUMAN, 2004), e ainda, níveis insuficientes de atividade física causam 9% da mortalidade prematura, 6% das doenças coronarianas, 7% das causas de diabetes do tipo II e 10% tanto para câncer de mama, quanto de colo (LEE et al., 2012). Outro ponto é que os indivíduos não realizam a prática da atividade física para a melhora da saúde, nem nos momentos de lazer de seus dias, onde vem a se tornar uma população inativa fisicamente (CORDER et al., 2013).

Como mencionado, a atividade física gera inúmeros benefícios a saúde, porém, a literatura aponta que a prevalência de atividade física na adolescência são números preocupantes quanto ao atendimento da recomendação mínima para a manutenção da saúde. Hallal et al. (2012), apontam que apenas 19,7% dos adolescentes realizavam pelo menos 60 minutos de atividade física moderada a vigorosa diariamente.

Em uma recente revisão sistemática e metanálise sobre atividades físicas de esporte e lazer, foram identificadas que as atividades mais selecionadas entre os adolescentes de 13 a 17 anos foram a natação (variando de 6,2% a 32% na África, nas Américas, Mediterrâneo Oriental, Europa, Pacífico Ocidental) e corrida (variando

de 8,4% a 39,9% no Mediterrâneo Oriental, Europa, Pacífico Ocidental), onde estas foram classificadas como 2 entre as 5 mais praticadas em mais da metade das regiões pesquisadas, visto que a natação, foi relatada em todas as regiões pesquisadas. O futebol foi o único esporte coletivo que apareceu entre as 5 modalidades mais praticadas em diversas regiões (variando entre 3,3% a 30,6% na África, nas Américas, Mediterrâneo Oriental e Europa) (HULTEEN et al., 2017).

Outro ponto que chama atenção é que a atividade física tende a diminuir na adolescência com o passar da idade. Um estudo com mais de 10 mil adolescentes nos Estados Unidos da América, analisou seus CRS, e foi identificado que 69% dos adolescentes com faixa etária entre 12 e 13 anos realizavam exercícios com intensidade moderada a vigorosa em pelo menos 3 vezes na semana, entretanto, indivíduos com mais de 18 anos este número chegou apenas a 38% (ADAMS et al., 1992). Outros estudos apontam ainda que a adolescência é um período chave para tal declínio, com reduções que variam de 7,9% a 85% nas prevalências de atividade física na adolescência, sendo esses números alarmantes (CASPERSEN et al., 2000; GORDON-LARSEN et al., 2004; KJØNNIKSEN et al., 2008; AZEVEDO et al., 2014; WIIUM et al., 2015; STRAATMANN et al., 2016).

Dessa forma, um dos grandes objetivos da saúde pública ainda é fazer com que os adolescentes sejam motivados a realizar a prática da atividade física, em ambientes sociais que possam permitir uma participação segura e de forma agradável (CDC, 1997), visto também que a fase de transição da adolescência para o início da vida adulta tende a se ter um declínio na prática de atividade física (KWAN et al., 2012), consequentemente, um declínio em participar da prática esportiva.

2.1.2 Comportamento sedentário

O comportamento sedentário são atividades de pequena movimentação, que acontecem com o corpo em posição sentada ou reclinada, com gasto energético próximo ao dos níveis de repouso, sendo $<1,5\text{MET}$ (AINSWORTH et al., 2011). Atualmente, são englobadas atividades que estão presentes no dia a dia da população, podendo ser no tempo de lazer, tais como: conversando com amigos, assistindo televisão, usando computador, videogame, bem como podendo ser também no deslocamento: ao dirigir, trafegar sentado no transporte público, e ainda,

em ambiente escolar, no trabalho, onde os indivíduos tendem a passar um bom tempo do dia sentados. A literatura evidencia que o consenso se trata de um comportamento contrário da atividade física, não sendo caracterizado pela sua ausência, com determinantes implicações para a saúde dessas pessoas (CONG et al., 2014; FORD; CASPERSEN, 2015; GRØNTVED; FRANK, 2016).

O elevado tempo em atividades sedentárias podem levar os adolescentes a diversos riscos à saúde. A literatura evidencia que independentemente do nível de atividade física, os comportamentos sedentários estão associados ao aumento do risco de doenças cardiometabólicas e uma variedade de problemas fisiológicos e psicológicos, estando associado também a um elevado peso corporal, diminuição da aptidão física, baixos escores de autoestima e piora no desempenho estudantil (TREMBLAY et al., 2011), bem como relacionados a fatores de risco à saúde como obesidade, síndrome metabólica, e doenças cardiovasculares (PATE et al., 2011), e reduções na expectativa de vida (KATZMARZYK; LEE, 2012).

Silva e Júnior (2011), apontam que as mudanças culturais e sociais parecem ter afetado a participação dos adolescentes em práticas de atividades físicas. A população adolescente adota o estilo de vida inativo, devido aos fatos da forte valorização e investimentos em certos hábitos que tendem a ter um estilo sedentário, como por exemplo, vídeo games, computadores, jogos eletrônicos, onde praticamente não existe interação física, sendo está limitada, podendo ocasionar um menor envolvimento dos adolescentes com práticas de atividade física nas praças, parques e outros locais de lazer.

O tempo despendido pelos adolescentes em comportamento sedentário é recomendado não mais que 2 horas por dia em frente a tela (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2001), visto que os estudos apontam prevalências elevadas de tal comportamento entre os adolescentes. E em revisão sistemática realizada em adolescentes brasileiros, foi apontado que o tempo de tela variou entre 28,1% a 88,0%. Os mesmos autores ainda evidenciam que 61,5% dos estudos analisaram o uso de tempo alto em frente a tela, e obtiveram uma estimativa acima de 50% (BARBOSA FILHO et al., 2014).

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), no ano de 2015, apontou que o hábito de assistir mais de duas horas de televisão, em um dia da semana, foi relatado por aproximadamente 60% dos escolares, sendo mais comum nas meninas

(61,3%) do que nos meninos (58,1%). E em revisão sistemática, os dados apontam que em 55,5% dos artigos encontrados (total de 49 artigos), apresentaram associações entre volumes elevados de comportamento sedentário e níveis elevados de peso corporal, ainda, 50% dos artigos apresentaram associações estatisticamente positivas entre volumes elevados no comportamento sedentário e baixos níveis de atividade física (GUERRA et al., 2016).

Estudos apontam ainda que quando considerado o período de 3 horas ou mais por dia à frente da televisão, 40,9% dos adolescentes apresentaram comportamento sedentário em dias de semana e 49,9% em dias de fim de semana (TENÓRIO et al., 2010). E ainda, Martins et al. (2012) identificaram que houve uma associação inversa e significativa entre atitude em relação a atividade física e a adoção de comportamento sedentário, onde os adolescentes com atitudes mais positivas em relação a atividade física apresentaram menor chance de passar mais de duas horas por dia assistindo à televisão (masculino: RC: 0,62; IC95%: 0,40-0,95; feminino: RC: 0,63; IC95%: 0,44-0,90). O comportamento sedentário representa importantes problemas para a saúde pública, tanto pelo seu aumento constante de prevalências como pela associação com efeitos adversos à saúde cardiovascular e metabólicas em idades cada vez menores (SILVA et al., 2008).

Embora os atletas adolescentes possam realizar atividade física além das recomendações de saúde devido aos treinamentos e competições, sugere-se que eles sejam ativos e mantenham hábitos saudáveis durante as horas de folga. Além disso, os atletas adolescentes passam por situações de estresse, bem como hábitos de comportamento sedentário em relação às atividades cotidianas e aos comportamentos sociais desenvolvidos entre eles. Portanto, apesar dos níveis de atividade física ser alcançado durante o treinamento e o tempo competitivo, os atletas adolescentes podem ter consequências alarmantes do sedentarismo (EXEL et al., 2018).

2.1.3 Hábitos alimentares

A adolescência, como já foi mencionado anteriormente é uma fase que ocorrem fortes mudanças, onde os indivíduos passam por influências de situações socioeconômicas, hábitos familiares, valores, regras sociais e culturais. O

conhecimento que se obtém nessa fase, afeta diretamente na vida adulta em situações relacionadas a alimentação, saúde, preferências e desenvolvimento psicossocial. Assim, os hábitos alimentares saudáveis na adolescência, são imprescindíveis para uma vida adulta saudável, e para prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (WHO 2005; BARUFALDI et al., 2016).

As escolhas alimentares são determinadas no momento que se compra e/ou que se consome determinado tipo de alimento, onde este tipo de escolha acontece por vários motivos fisiológicos, psicológicos, culturais e sociais (CARDOSO et al., 2015), bem como o acesso a alimentos saudáveis, onde essas escolhas induzem consideravelmente o estado de saúde no decorrer da vida (CERIN et al., 2011). O âmbito familiar aparece como papel fundamental para o desenvolvimento e continuidade dos hábitos alimentares, onde os pais tem papel importante, visto que a prática saudável dos mesmos e dos recursos disponibilizados por estes, podem fazer com que seu filho (criança/adolescente) venha a ter a mesma prática conforme o passar dos anos (ROOS et al., 2012).

Quando tratamos de hábitos alimentares inadequados, notamos o baixo consumo de frutas e vegetais entre os adolescentes. Em uma amostra representativa de adolescentes norte-americanos, as prevalências de consumo de frutas ou suco 100% natural de frutas ao menos de 2 vezes ao dia nos últimos 7 dias, chegaram apenas a 31,5%, e 28% para o consumo de vegetais duas ou mais vezes por dia nos últimos 7 dias (CDC, 2016). Em revisão sistemática sobre os hábitos alimentares entre os adolescentes brasileiros, foram apontadas prevalências de 33,4% a 82,8% para o baixo consumo de frutas, e ainda, prevalências de 36,3% a 75,8% para o baixo consumo de vegetais (BARBOSA FILHO et al., 2014).

Um dado interessante a ser apresentado também, é que o consumo de frutas, legumes e verduras tem cada vez diminuído, ao passo que os alimentos com grande quantidade de açúcares e gorduras tem aumentado significativamente. Em um estudo em relação com fatores socioeconômicos, foi analisado que a maioria dos adolescentes consomem uma baixa quantidade de frutas (79,1%), legumes e verduras (75,6%), e o consumo de frutas dentro do adequado aconteceu em apenas 14,2% dos participantes, e legumes e verduras em 13,4%, e ainda, as variáveis sexo, local onde mora, e renda familiar possuíram associação estatisticamente significativa, (MENDES; CATÃO, 2010). Lopes et al. (2015), verificaram que 54,9% teve um consumo de frutas

e verduras em menos de 5 dias na semana antecedente a pesquisa, classificado assim como baixo consumo. E ainda um estudo de prevalência apresentou que 10% dos adolescentes não consomem frutas, e que 30,7% não tem o hábito de consumir legumes/verduras. A prevalência do consumo diário de frutas foi de 32,9% e 29% para legumes/verduras, onde apenas 6,5% dos adolescentes consomem ambos os alimentos diariamente (MUNIZ et al., 2013).

Outros resultados apontam que cerca de 80% dos adolescentes consomem uma quantidade baixa de fibras, e aproximadamente 35% consomem uma quantidade alta em gorduras, dados para adolescentes de ambos os sexos (NEUTZLING et al., 2007). Os adolescentes são mais vulneráveis no ponto de vista do estado nutricional, onde propendem a pular refeições, principalmente o café da manhã, e tendem a consumir mais alimentos entre as grandes refeições do dia, uma alta ingestão de açúcar e gorduras saturadas, e uma baixa ingestão em micronutrientes (LOPES, 2008).

A literatura evidencia que a prática de atividade física com intensidade moderada a vigorosa, está associado positivamente com a ingestão de frutas e vegetais (TASSITANO et al., 2016). Outro estudo apontou que adolescentes que realizavam 60 minutos de atividade física com intensidade moderada a vigorosa por dia tiveram mais chances de consumirem frutas (OR: 2,10; IC95%: 1,80-2,60), e vegetais (OR: 2,30; IC95%: 1,80-2,80) (LOWRY et al., 2015). Ainda Medeiros et al. (2016) verificou que a probabilidade de baixo consumo de frutas e legumes em meninos que estavam expostos a comportamento sedentário (OR:1,63; IC95%: 1,18-2,24), que consumiam refrigerantes (OR: 3,04; IC95%: 2,10-4,40) e com atividade física insuficiente (OR: 1,98; IC95%: 1,43-2,73) e meninas que consumiam refrigerantes (OR:1,88, IC95%:1,43- 2,47) e aquelas com sobrepeso/obesidade (OR: 1,63, IC95%: 1,19-2,23).

A participação em atividades esportivas faz com que os adolescentes venham a ter um grande desgaste energético, dessa forma o consumo de nutrientes para alcançar suas necessidades de crescimento, desenvolvimento e desempenho nas demais atividades do dia a dia tem que ser maior, quando comparados com os indivíduos que não realizam. Sendo assim o envolvimento na prática esportiva faz com que os profissionais da saúde fiquem atentos à adoção de comportamentos alimentares que podem trazer riscos à saúde dos adolescentes como desidratação e

distúrbios alimentares (JUZWIAK et al., 2000). A nutrição adequada é fator fundamental para uma melhora nas capacidades físicas, onde uma má alimentação diminui o processo normal de desenvolvimento ocorrendo um declínio das habilidades motoras, aumentando a predisposição à fadiga, consequentemente, aumenta as chances de traumas e lesões (SZCZEPANSKA, 2016).

2.1.4 Consumo de bebidas alcoólicas

O consumo de bebidas alcoólicas é um dos principais problemas da saúde pública (CURRIE et al., 2012), seu consumo pode levar o indivíduo a outros estilos de vida com alto risco, como o uso de drogas ilícitas e tabaco, depressão, transtorno mental, ansiedade, desordens alimentares e aumento da massa corporal (MALTA et al., 2014). E ainda, consumo de bebida alcoólica é responsável por 4% das mortes por ano no mundo (em torno de 2,3 milhões de pessoas) (WHO, 2009), bem como o seu alto consumo no final da adolescência parece estar associado ao maior risco de mortalidade na idade adulta (OR: 2,10; IC95%: 1,40-3,20) (MCCAMBRIDGE et al., 2011).

Associado a tendência genética, o consumo do álcool na fase da adolescência pode ocasionar grandes agravos a saúde, afetando a maturação cerebral e diminuindo o volume do hipocampo, dificultando o aprendizado e a memória (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2010). O consumo precoce de bebidas alcoólicas está associado a comportamentos sexuais de risco (relações sexuais desprotegidas, múltiplos parceiros, estar embriagado durante a relação), problemas acadêmicos, de emprego, uso de outras substâncias, além de comportamentos criminosos e violentos (ELLICKSON et al., 2003).

Entre os CRS, o consumo de álcool aparece como o com maiores prevalências entre os adolescentes. Em estudo com escolares da tríplice fronteira os resultados apontam que a prevalência do consumo de álcool foi de 56,6% (consumo de pelo menos uma dose nos últimos 30 dias), sendo a maior prevalência de álcool entre os adolescentes argentinos (LEGNANI et al., 2009). Em uma revisão sistemática a prevalência do consumo de álcool por adolescentes brasileiros, foi verificado que o consumo variou entre 23% a 67,7%, onde a prevalência média foi de 34,9% (BARBOSA FILHO et al., 2012). Outro estudo analisou ainda o consumo de álcool na

vida dos adolescentes, apontando que 27,9% dos entrevistados com idades entre 10 e 12 anos já consumiram bebida alcoólica na vida, e esses números chegam a 81,8% entre os indivíduos com faixa etária entre 16 a 18 anos (CARLINI et al., 2010).

A experimentação de bebida alcoólica ao menos uma vez na vida, evidências apontam que 73% dos adolescentes com idades entre 16 a 17 anos, relataram já ter feito o uso, onde 21% deles já haviam tomado a primeira dose com menos de 14 anos (PENSE, 2015). Em estudo realizado em 40 países, foi registrado que 25% dos adolescentes do sexo masculino e 17% do sexo feminino, com 15 anos de idade, relataram ter consumido bebida alcoólica em ao menos uma vez nos últimos 7 dias (CURRIE et al., 2012). E em estudo realizado em 143 municípios brasileiros, com adolescentes com idades entre 14 e 17 anos, relataram já terem consumido bebida alcoólica ao menos uma vez na vida (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2006).

Outro detalhe que também chama muito a atenção é o consumo excessivo do álcool pelos adolescentes, muitas vezes sendo relacionados a alguma aposta ou desafios por eles mesmos, colocando sua saúde ainda mais em risco. O consumo excessivo de bebida alcoólica pode ser caracterizado quando os adolescentes em um período de aproximadamente 2 horas consomem 5 ou mais doses de bebida alcoólica (CDC, 2016). Barbosa Filho et al. (2012), evidenciam que o consumo excessivo de bebidas alcoólicas variou de 0,8% a 34% em adolescentes brasileiros, visto que 40% dos estudos incluídos nessa revisão estimaram prevalências do uso excessivo do consumo de álcool superior a 10%.

A prática esportiva estruturada parece ter uma forte associação com o uso do álcool. Em revisão sistemática os resultados encontrados apontam que os indivíduos que realizam a prática esportiva estruturada estiveram positivamente relacionados com o uso de bebidas alcoólicas, onde independente da modalidade esportiva, seu consumo foi maior quando comparados com indivíduos que não realizam a prática esportiva (LISHA; SUSSMAN, 2010; KWAN et al., 2014), corroborando com outro estudo, onde foi verificado que o maior envolvimento nos esportes está associado a um aumento no consumo de bebidas alcoólicas (MAYS et al., 2010). Por outro lado, a atividade física parece ser um fator de proteção para o consumo de bebidas alcoólicas entre os adolescentes, sendo evidenciado pela literatura uma associação inversa do

consumo de bebidas alcoólicas durante a adolescência (PATE et al., 2000; NELSON; GORDON-LARSEN, 2006).

2.1.5 Consumo de tabaco

Assim como o consumo de bebidas alcoólicas, o tabagismo é uma das principais preocupações para o sistema de saúde em todo mundo (ALVAREZ-AGUIRRE et al., 2014), sendo fator de risco para os principais motivos de morte no mundo como doenças cardíacas, pulmonares, câncer e acidente vascular cerebral (ALMEIDA; MUSSI, 2006; VASCONCELOS et al., 2016). Uma das principais causas de morte em todo mundo é por conta do tabagismo, com cerca de 9% da população mundial (em torno de 5,1 milhões de pessoas), sendo o segundo principal fator de mortes na população, ficando atrás apenas da pressão arterial elevada, com 13% (aproximadamente 7,5 milhões de pessoas) (WHO, 2009). O tabagismo é a causa de morte mais comum que pode ser evitada, com aproximadamente 140 mil mortes evitáveis por ano, levando em consideração aquelas que estão relacionadas a doenças cardiovasculares. (ALMEIDA; MUSSI, 2006).

Estima-se que aproximadamente mais de um bilhão de pessoas tenham o hábito de fumar em todo o mundo, ao ponto que em 2030 esse número possa chegar a mais de dois bilhões de pessoas, onde essas pessoas encontram-se, em sua maioria, nos países em desenvolvimento (WÜNSCH FILHO et al., 2010). O hábito de fumar leva a sérios problemas na saúde, sendo responsável por 90% dos tumores pulmonares, 75% das bronquites crônicas e 25% das doenças isquêmicas do coração (MACKAY; ERIKSEN, 2002). Sendo assim, o tabagismo que antes era visto como um estilo de vida, hoje é uma doença que expõe as pessoas a vários tipos de substâncias tóxicas, e ainda, representa o maior risco independente para doenças crônicas, onde seu controle necessita de um competente recurso de vigilância para supervisionar as tendências da utilização do tabaco (INCA, 2004).

No ano de 2008, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), relatou em sua pesquisa realizada com indivíduos com idade superior a 15 anos que, 24,6 milhões de pessoas consomem tabaco de maneira frequente, o equivalente a 17,2% da população brasileira, sendo a região sul, com o maior índice (19%), com os indivíduos do sexo masculino apresentando maior incidência (21%), já os indivíduos

do sexo feminino aparecem com incidência menor (13,2%) (IBGE, 2010). A OMS aponta que 22% dos indivíduos com 15 anos ou mais fazem o uso diário do cigarro em todo mundo (WHO, 2014).

Entre os principais CRS em escolares da tríplice fronteira (Brasil, Argentina e Paraguai), os resultados apontam que a prevalência de consumo de cigarros foi de 6,5%, sendo que a maior prevalência entre os adolescentes argentinos (LEGNANI et al., 2009). E em uma revisão sistemática realizada para verificar a prevalência de consumo de tabaco por adolescentes brasileiros, com idade entre 10 e 19 anos, foi analisado que o consumo de tabaco variou entre 2,4% a 22%, tendo como prevalência média de 9,3% (BARBOSA FILHO et al., 2012). Dados do Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes verificaram que as prevalências de consumo de cigarros em adolescentes brasileiros variou entre 2,0% (Aracaju/SE) a 10,3% (Campo Grande/MS) (FIGUEIREDO et al., 2016)

Em uma pesquisa realizada com mais de 50 mil participantes, aponta que o início do uso do tabaco é precoce na vida dos estudantes da rede pública de ensino das 27 capitais brasileiras. Em torno de 4,1% dos adolescentes de 10 a 12 anos, já ao menos, experimentaram o cigarro, onde esse número chegou em 29,1% dos adolescentes entre 16 a 18 anos (CARLINI et al., 2010). Os resultados da PeNSE (2015), apontam que 19% dos adolescentes com idades entre 13 a 15 anos relataram já ter ao menos experimentado o cigarro uma vez na vida, e esses números aumentam para 29% para os adolescentes com idades entre 16 a 17 anos (um aumento de 53%), e ainda, quando questionado se haviam fumado recentemente (30 dias anteriores a pesquisa), 8% relataram terem feito tal consumo.

A prática esportiva aparenta ser um fator importante para que os adolescentes não venham a ter o hábito de fumar. Em uma revisão sistemática, os dados apontam que os indivíduos que realizam a prática esportiva estruturada tiveram associação negativa com o uso de cigarros (LISHA; SUSSMAN, 2010). Em estudo de associação entre prática esportiva e o tabagismo, adolescentes que relataram abandonar a prática esportiva, apresentaram maiores probabilidades de serem fumantes, onde a realização da prática esportiva foi identificada como fator de proteção significativo para o início do tabagismo (ZENIC et al., 2017), bem como a atividade física também se torna um fator de proteção para o consumo de cigarros, onde a literatura evidencia

que indivíduos mais ativos eram menos propensos a terem o hábito de fumar (CHARILAOU et al., 2009).

2.1.6 Consumo de drogas ilícitas

O uso de drogas ilícitas é um grande problema da saúde pública, a nível nacional, comunitário e escolar. O recente aumento no consumo de drogas ilícitas entre os adolescentes tem preocupado sobre as consequências que isso pode trazer, tanto em curto como a longo prazo. A preocupação com o consumo pelos adolescentes decorre a ideia de que sua utilização interfere de uma forma rápida e drástica no ambiente social e emocional, onde também, tem o potencial de diminuir a motivação, cognição e memória, e também a capacidade de agravar os distúrbios mentais existentes, afetando o desempenho acadêmico (CHATTERJI, 2006).

O consumo de drogas ilícitas vem apresentando alta prevalência e início cada vez mais precoce (HOCH et al., 2015). Em um estudo de prevalência realizado com adolescentes portugueses sobre o consumo de drogas ilícitas, foram identificados que 14,6% já fizeram o uso de drogas alguma vez na vida (16,5% do sexo masculino e 12,8% do sexo feminino) (NETO et al., 2012).

A PeNSE (2015) investigou a utilização das seguintes drogas ilícitas no Brasil: maconha, cocaína, *crack*, cola, loló, lança perfume e *ecstasy*. Os dados apontam ainda que a experimentação de drogas ilícitas alguma vez na vida aumenta de maneira expressiva conforme a idade. Partindo de cerca de 9% dos escolares com idades entre 13 a 15 anos como visto anteriormente, o indicador de ter experimentado drogas ilícitas atinge os 17% entre os escolares com idades entre 16 a 17 anos (um aumento de 82%). A experimentação antes dos 14 anos de idade, acontece em quase 3% dos escolares com idades entre 16 a 17 anos. Quanto ao consumo recente de drogas ilícitas (relatado ter feito o uso 30 dias anteriores a pesquisa), ela também aumenta conforme a idade. O consumo atual de maconha foi de 4,2% entre os adolescentes com idades entre 13 a 15 anos e esses números aumentam para 7,4% aos 16 e 17 anos, visto que nessa faixa etária, aproximadamente 25% dos escolares relatou ter amigos usuários de drogas ilícitas.

A *cannabis*, conhecida também como maconha, é a droga mais consumida em todo mundo. Sua utilização está associada a diversos problemas como

comprometimento cognitivo, baixo desempenho escolar, deterioração, abandono, tomadas de risco, agressão, depressão e ansiedade. Cerca de 17% dos adolescentes com idade de 15 anos dos países da Europa e da América do Norte relataram ter utilizado maconha ao menos uma vez na vida, e 8% ao menos uma vez nos 30 dias anteriores a pesquisa (consumo recente), sendo os meninos mais tendentes a utilização da droga, sofrendo influências de amigos e irmãos mais velhos. Nos Estados Unidos 30% dos meninos e 26% das meninas relataram ter usado maconha ao menos uma vez na vida, bem como 16% dos meninos e 12% das meninas relataram ter realizado o seu consumo recente (CURRIE et al., 2012).

A prática esportiva também parece ser um bom preditor para que os adolescentes não tenham o hábito do consumo de drogas ilícitas. Em uma revisão sistemática, os dados apontam que os indivíduos que realizam a prática esportiva esteve negativamente relacionadas ao consumo de drogas ilícitas (LISHA; SUSSMAN, 2010). Em outros estudos envolvendo atletas de diversas modalidades, foram identificadas baixas associações com o uso da maconha (EWING, 1998; FORD, 2007) e também de drogas ilícitas (FORD, 2007). A literatura evidencia ainda que a prática de atividade física parece ser um preditor para o não consumo de drogas ilícitas, onde Korhonen et al. (2009) apontam que o uso de drogas ilícitas foi significativamente maior nos indivíduos fisicamente insuficientemente ativos (OR: 3,75; IC95%: 1,86-7,55) em relação com os adolescentes ativos fisicamente.

2.1.7 Comportamento sexual de risco

A adolescência é o grupo etário que mais se concentram as preocupações quanto ao comportamento sexual de risco e ao uso de drogas (PERETTI-WATEL et al., 2006). Esse é o período em que se ocorre a puberdade e frequentemente o início da prática sexual. A influência na qual os adolescentes se desenvolvem, tanto no que diz respeito a família quanto ao ambiente macrossocial, relacionada às características de imaturidade emocional, comportamento desafiador, impulsividade, que de maneira ampla estão presentes no período da adolescência, podem resultar no envolvimento em CRS, como iniciação sexual precoce e a realização da prática sexual sem proteção (PRATTA; SANTOS, 2007).

É considerado relação sexual segura aquela na qual se tomam medidas de proteção tais como preservativos, para evitar a chance de ocorrer doenças sexualmente transmissíveis (DST) (SHRIER et al., 1996), Segundo a OMS, metade das novas infecções por síndrome da imunodeficiência adquirida ocorrem em pessoas menores de 24 anos, sendo que a maioria se infecta por relação sexual, portanto, o uso de preservativos é importante para a prevenção de aids e DST (CRUZEIRO et al., 2010).

Os resultados da PeNSE (2015), apontam que a porcentagem dos escolares que já tiveram relação sexual aumenta conforme a idade. Entre os adolescentes com idades entre 13 a 15 anos, 27% já tiveram iniciação sexual, sendo 34,5% para os meninos e 19,3% para as meninas. Já entre os adolescentes com idades entre 16 a 17 anos, 54,7% já relataram ter iniciação sexual, ou seja, mais da metade dos indivíduos relataram que já tiveram relação, onde 59,9% eram do sexo masculino e 49,7% para as meninas. E em uma amostra representativa dos adolescentes do sul do Brasil, o comportamento sexual de risco foi o segundo mais relatado entre os adolescentes com 38,3%, ficando atrás somente do baixo consumo de frutas/verduras (46,5%) (FARIAS JÚNIOR et al., 2009).

A prática esportiva apresenta-se como um fator de proteção para o comportamento sexual de risco, visto que Sabo et al. (1999) verificaram que os estudantes praticantes de alguma modalidade esportiva apresentam um menor comportamento sexual de risco, quando comparado com os adolescentes que não realizavam a prática esportiva. Em outro estudo sobre a participação esportiva e comportamento sexual de risco, os resultados apontam que os indivíduos que participam da prática esportiva estruturada tiveram maiores probabilidades de terem relações sexuais e terem usado preservativo na última relação sexual. Dessa forma, se torna importante investigar a prática sexual entre os adolescentes, pois os indivíduos que realizam a prática esportiva estruturada, tem maiores possibilidades de usarem preservativos, evitando assim um comportamento sexual de risco, visto que uma gravidez não desejada na adolescência pode interromper a vida no esporte (HABEL et al., 2010).

2.1.8 Comportamento violento

A violência é uma questão social crítica que pode ser vista em pessoas de qualquer religião, raça e nível educacional, ocupacional, econômico ou social (KAREN et al., 2011). Ele compreende uma série de comportamentos violentos intencionais, físicos, mentais, emocionais e verbais, que afetam negativamente a saúde física e mental e o autoconceito de um indivíduo. De acordo com os meios de comunicação públicos e vários estudos, a violência tornou-se recentemente mais séria na maioria dos países do mundo, tornando-se assim uma grande preocupação social (MEYER et al., 2008).

A participação em comportamentos relacionados a violência tem impactos contínuos na saúde, além da direção induzida pelo ato violento, incluindo aumento do risco de doenças cardiovasculares (SUGLIA et al., 2015), estresse, depressão e maior abuso de substâncias químicas (KILPATRICK et al., 2003).

No Brasil, a violência se tornou um problema de saúde pública, devido as altas taxas de morbimortalidade provenientes da adoção dos comportamentos de risco à saúde (REICHENHEIM et al., 2011). Farias Júnior et al. (2009) ao investigar a prevalência com adolescentes do sul do Brasil, 16,5% se envolveram em brigas (lutas) nos 12 meses que antecederam a coleta de dados. Em estudo sobre a participação em brigas com armas, 5,7% dos adolescentes relataram o envolvimento em brigas onde alguém usou arma de fogo, nos 30 dias que antecederam a pesquisa, sendo 7,9% do sexo masculino e 3,7% do sexo feminino. No que diz respeito a alguma briga com arma branca, 7,9% dos adolescentes declararam estar envolvidos, sendo os indivíduos do sexo masculino mais frequente (10,6%), quando comparado com as do sexo feminino (5,4%) (PENSE, 2015). Em outro estudo, o comportamento violento mais prevalente foi a luta física, sendo a maior porcentagem entre os meninos do que entre as meninas (38,4% x 32,7%) (POOL et al., 2017).

A prática esportiva quando relacionado com situações de violência divide a literatura. Em uma recente revisão sistemática e metanálise sobre a prática esportiva e a delinquência juvenil (crimes, comportamentos agressivos e agressividade), os resultados apontam que a participação esportiva não esteve associada a esses comportamentos pelos adolescentes, visto que a participação no esporte pode proporcionar relacionamentos sociais com colegas, treinadores, onde praticar essas

habilidades sociais tendem a diminuir os fatores que causam esses comportamentos violentos (SPRUIT et al., 2016). Porém, reportagens da mídia sobre o envolvimento de atletas de alto nível em incidentes violentos e agressivos chamaram a atenção para a relação entre a participação esportiva e a violência (SCHOLES-BALOG et al., 2016). Choquet e Arvers (2003), apontam que os meninos exibiram um comportamento mais violento do que as meninas, incluindo roubo, envolvimento em brigas ou crimes mais sérios. Participar de competições mostrou-se altamente associado ao comportamento violento, visto que a competição em nível nacional ou internacional foi associada a lutas, infrações graves e roubo, ou ainda quando os atletas são obcecados em vencer de qualquer forma (DUNN; DUNN, 1999).

2.1.9 Tempo de sono

Uma outra variável que pode interferir nessa população é o tempo sono. O sono é um dos principais processos fisiológicos na vida, visto que os adolescentes estão sujeitos à alteração no padrão do sono devido a maturação sexual e dos horários e demandas que são estabelecidas durante o período da adolescência (FOSTER; WULFF, 2005; PEREIRA; LOUZADA, 2014). Várias transformações ocorrem durante esse período, onde é possível identificar que mudanças do ciclo do sono que incluem atraso na fase do sono, caracterizado por horários de dormir e de acordar mais tardios (CARSKADON et al., 2004), visto que isto tende a estar associado ao uso de mídias eletrônicas a noite, e juntamente com compromissos na parte da manhã, aumenta a prevalência do baixo tempo de sono nos adolescentes (MOORE; MELTZER, 2008).

A American Medical Association/American Academy of Sleep Medicine, aponta como ≥ 8 horas como tempo de sono suficiente ou adequado (OWENS, 2014). O baixo tempo de sono (< 8 horas/dia) durante a adolescência é influenciada por uma convergência de influências biológicas, psicológicas, socioculturais, relacionadas as mudanças no ciclo circadiano, pressão acadêmica, autonomia no horário de dormir e redes sociais (CARSKADON, 2012).

Estudos epidemiológicos apontam crescentes prevalências em baixa duração do sono nos adolescentes e associações desse débito com vários desfechos na saúde, englobando problemas cognitivos e metabólicos (HUANG et al., 2010; MAK et

al., 2012). Evidências apontam que as horas de sono tendem a diminuir com o passar dos anos na adolescência. Em um estudo com adolescentes, apontou que aos 10-11 anos a baixa duração do sono, era de apenas 5%, e esses números aumentam aos 12 anos com cerca de 14%, chegando no fim da adolescência, aos 18-19 anos, com 59% (PEREIRA et al., 2010). Em um estudo de prevalência com adolescentes de 10 a 19 anos, foi apontado que a baixa duração do sono foi de 53,6%, onde adolescentes entre 17-19 anos tiveram 2,05 (IC95%: 1,20 - 3,50) mais chances de apresentar baixa duração do sono quando comparados com os adolescentes de 10 a 12 anos (FELDEN et al., 2016). E ainda, Pereira et al. (2015) verificaram que a média ideal de duração do sono para os adolescentes teria que ter uma duração mínima de 8,33 horas nos dias com aula, para que os mesmos não venham a ter sonolência diurna.

O baixo tempo de sono vem sendo associado a menores níveis de atividade física (MCKNIGHT-EILY et al., 2011; AL-HAZZAA et al., 2013; CARSON et al., 2016), e tem apresentado associação com determinados CRS, como tabagismo, consumo de álcool e situações de violência (MCKNIGHT-EILY et al., 2011). Em uma revisão sistemática dos hábitos de sono e a prática habitual de atividade física, foram identificados que a média de horas de sono entre os adolescentes foi de 8,3 horas (com variações de 7,2 a 9,5 horas). Entre os estudos analisados, 62,5% deles foi observado uma associação significativa entre o tempo de sono adequado e a prática habitual de atividade física, sendo esta atividade tanto de lazer, como atividades de moderada a vigorosas intensidades. Porém em 37,5% dos estudos apontaram que a prática de atividade física se associou com o sono insuficiente e sonolência diurna. A partir disso os resultados sobre relação da prática de atividade física e hábitos de sono são frágeis e inconsistentes, e carecem de mais estudos nessa temática (LEGNANI et al., 2015).

Hábitos adequados de sono e a prática de atividade física é de fundamental importância na saúde dos adolescentes, onde os estudos apontam que os indivíduos que apresentam um sono adequado e realizam atividade física de maneira regular, tendem a ter melhores comportamentos positivos a saúde, quando comparados com adolescentes que tem uma baixa duração do sono (AL-HAZZAA et al., 2014).

A boa qualidade do sono é essencial para os atletas adolescentes terem um melhor desempenho em suas atividades psicomotoras e cognitivas, diminuindo as chances de desenvolverem fatores de risco para dores musculoesqueléticas

(AUVINEN et al., 2010). Em um estudo sobre a qualidade do sono e associação com sintomas psicológicos em atletas adolescentes, os resultados apontam que 28,2% dos indivíduos apresentaram uma má qualidade do sono, e 26,9% apresentaram sintomas psicológicos de depressão e 40,1% apresentaram ansiedade/estresse, dentro disso a boa qualidade do sono é fundamental para os atletas adolescentes, para o seu bem-estar físico e mental (GOMES et al., 2017).

2.2 A PRÁTICA DE ATIVIDADES ESPORTIVAS NA ADOLESCÊNCIA

A participação em atividades esportivas contribui para o desenvolvimento pessoal e social de cada indivíduo, visto que na infância e na adolescência, a prática esportiva é a atividade extracurricular mais ofertada, onde a cada ano que passa, aumenta o número de jovens participantes em esportes organizados. Dentro do esporte podemos citar diversos fatores que contribuem para o desenvolvimento físico, psicológico, melhorando os comportamentos saudáveis ao longo da vida dos adolescentes, como por exemplo: habilidades de liderança, trabalho em equipe, disciplina, cooperação, competitividade, espírito esportivo, autoconfiança, respeito com os colegas, treinadores e a melhora na autoestima (TOFLER; BUTTERBAUGH, 2005).

O ponto de vista dos adultos sobre a prática esportiva de crianças e adolescentes é um dado interessante, onde a maioria dos pais não contestam que seus filhos pratiquem esporte. Além de que, pelo fato da valorização da atividade física para a qualidade de vida, a tendência em julgar a realização do esporte tão importante quanto atividades intelectuais tem aumentado nos últimos anos (JOSÉ JÚNIOR, 2009). O que poderia explicar os resultados da pesquisa nacional de saúde da criança apontou que cerca de 63% dos adolescentes participam de aulas esportivas ou de alguma equipe esportiva, dessa forma participando de esportes estruturados (SPRUIT et al., 2016).

A prática esportiva envolve um processo de treinamento que acontece durante as semanas e os meses, visando as competições e os momentos de lazer. Já o treinamento sistematizado pode ser definido como um meio de ações complexas (pois aparece em todas as características importantes do desempenho esportivo); planejadas (pois é um conjunto de relações como os objetivos, conteúdos, métodos,

organização e realização); e orientadas (pois todas as ações dentro do treinamento são visadas para os objetivos impostos). Todos esses fatores visam o melhor desempenho esportivo que se possa ter, em episódios com comprovação, principalmente nas competições e jogos esportivos. O termo treinamento é usado tanto na linguagem coloquial como na linguagem acadêmica, e em outras áreas do conhecimento. Refere-se a um processo que tem como propósito o aperfeiçoamento de um determinado desempenho, podendo ser na área cognitiva, psicossocial ou motora, para a conquista do objetivo traçado, utilizando do processo de repetição de determinada atividade, através do exercício (BÖHME, 2003).

O esporte envolve uma gama de modalidades, dentre elas os esportes individuais e também os esportes coletivos. Os esportes individuais são aqueles em que o indivíduo atua sozinho, onde ele acaba dependendo apenas de si mesmo para atingir seus objetivos, onde normalmente são realizados em ambientes estruturados e com a utilização de materiais específicos para sua realização (SILVA, S. M. et al., 2009). Os esportes coletivos, se definem pelo contexto ambiental, onde a execução ocorre com imprevisibilidade, variabilidade e aleatoriedade, em virtude das várias ações de confronto entre as equipes, mais as ações de cooperação dentro de cada equipe, tendo em vista o mesmo objetivo tático (JULIO; GRECO, 2010; MOREIRA et al., 2013).

A maioria dos estudos envolvendo a prática esportiva e os CRS apontam que quanto maior o envolvimento na prática esportiva, a tendência é que os CRS apresentados pelos adolescentes sejam menores (FORD, 2007; LISHA; SUSSMAN, 2010; SPRUIT et al., 2016). Em estudo sobre os motivos para a prática esportiva em adolescentes, foram verificados sobre idade de início de treino, tempo de treino, frequência de treino, duração das sessões de treino e modalidade esportiva (coletiva/individual). Os resultados apresentam que os adolescentes que iniciaram a prática esportiva antes dos 9 anos de idade, já treinam a 5-6 anos, sendo 5 ou mais vezes por semana, onde os treinos duram em torno de 1 a 2 horas, com predominância da modalidade esportiva coletiva (GUEDES; NETTO, 2013).

Em uma revisão sistemática sobre os motivos que levam a prática esportiva, foi relatado que independentemente da idade ou do esporte praticado, em ambos os sexos, verificou-se tendência para os motivos caracterizados pela competência técnica, diversão, prazer e saúde. Entre os indivíduos do sexo feminino, os motivos

associados a aflição e a diversão receberam destaque importante, já os do sexo masculino, os motivos associados a competição, reconhecimento social, e aptidão física que explicam mais intensamente a prática esportiva (BERNARDES et al., 2015). Em outro estudo, os resultados indicaram que os motivos mais importantes para a prática esportiva nos meninos foram além da competência técnica, foram também a aptidão física, afiliação e atividades em grupo (GUEDES; NETTO, 2013).

Em um estudo sobre o objetivo dos adolescentes para prática esportiva, com idades entre 15 e 17 anos, foi constatado que 56% realizam algum tipo de atividade para ter uma diversão e lazer, seguida por 48,2% que escolheu pois se preocupa com a forma do corpo, e ainda, 41,6% por gostar de praticar atividade física. Também foi analisado que 17,9% dos adolescentes realizam a prática da atividade por gostar de competir, onde comparado entre os sexos, o predomínio foi dos meninos com 23,9, e apenas 10,3% entre as meninas (SOARES et al., 2011).

Por outro lado, estudos apontam que cerca de 80% dos adolescentes de todo o mundo são classificados como insuficientemente ativos (HALLAL et al., 2012). Em outro estudo realizado na cidade de Curitiba/PR, apenas 14,5% dos adolescentes entre 14 a 18 anos relataram cumprir as recomendações mínimas de atividade física semanal (FERMINO et al., 2010).

Estas altas prevalências evidenciam a importância de se adquirir hábitos saudáveis durante o crescimento e o desenvolvimento dos adolescentes, pois, a probabilidade de se manter a prática na vida adulta se torna alta, afinal a participação em esportes gera um grande comprometimento com o mesmo (ALMAGRO et al., 2010), visto que alguns estudos apontam que o comprometimento com a prática esportiva é um forte preditor de que se há um maior envolvimento com a atividade, menor as possibilidades de desistência da mesma (SOUSA et al., 2006).

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O trabalho teve como caráter a pesquisa descritiva correlacional com delineamento transversal. A Pesquisa descritiva correlacional explora as relações existentes entre as variáveis. Os estudos transversais são dados levantados num dado período do tempo, especificamente para a obtenção de informações pretendidas de grandes populações, o que possibilitará identificar a associação da prática esportiva com os CRS (THOMAS, NELSON, SILVERMAN; 2007).

A seguir, a figura 1 apresenta as variáveis do presente estudo.

FIGURA 1. VARIÁVEIS DO ESTUDO

Variáveis independentes	Variáveis dependentes
Sexo	Comportamento sedentário (tempo de TV e videogame)
Idade	Hábitos alimentares (consumo de frutas e vegetais)
Nível socioeconômico	Consumo de bebidas alcoólicas (leve e excessivo)
Tipo de modalidade esportiva	Consumo de tabaco
Tempo de prática da modalidade (anos de treino)	Consumo de drogas ilícitas
Volume de treino semanal (dias x tempo)	Comportamento sexual de risco
	Comportamento violento
	Tempo de sono

Fonte: O autor (2019).

3.2 CRITÉRIOS ÉTICOS DO ESTUDO

Os atletas adolescentes que participaram do estudo tiveram autorização dos pais/responsáveis mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Apêndice 1) e os próprios atletas adolescentes concordaram em participar mediante a assinatura do Termo de Assentimento (TA – Apêndice 2). O estudo seguiu as normas que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde (resolução no 466/2012), e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná sob registro Certificado de

Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 78223317.5.0000.0102 em 24 de novembro de 2017 (Anexo 1).

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

3.3.1 População

A população do presente estudo foi composta por atletas adolescentes que realizam a prática esportiva na cidade de Curitiba/PR e região metropolitana.

3.3.2 Cálculo amostral

Foi realizado um cálculo amostral *a priori* para testes de hipóteses utilizando a calculadora GPower versão 3.1.9.2. Considerando uma prevalência de hábitos alimentares adequados e a prática esportiva em 50%, e uma associação de 1,72 e 2,08 para meninos e meninas, respectivamente (DORTCH et al., 2014), considerando um nível de significância de 95% ($\alpha=0,05$) e um poder de 80% ($\beta=0,20$), chegando a um número estimado de 166 meninos e 84 meninas, totalizando 250 sujeitos, levando em consideração um acréscimo de 30% para possíveis perdas e recusas, chegando a um número final de 325 sujeitos.

Foram avaliados 416 atletas adolescentes, porém, foram excluídos das análises aqueles que estavam doentes ($n = 3$), os que reportaram estar em retorno as atividades (recuperação física) ($n = 5$), além dos atletas adolescentes que não entregaram o termo de consentimento livre e esclarecido assinado pelos pais ou responsáveis, se negaram a participar do estudo, preencheram os instrumentos de maneira incorreta e/ou incompleta ou ainda faltaram no dia da coleta de dados, foram considerados como perda amostral ($n = 41$), com isso a amostra final do estudo contemplou 367 atletas adolescentes.

3.3.3 Amostra

A amostra teve caráter intencional, composta por atletas adolescentes dos esportes individuais e coletivos, com idades de 15 a 17 anos, dos sexos masculino e

feminino, de escolas ou clubes esportivos que estivessem filiados as suas respectivas federações, que oferecessem esportes coletivos ou individuais na cidade de Curitiba/PR e região metropolitana.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Como critério de inclusão na pesquisa, foram aceitos atletas adolescentes que estavam vinculados a algum tipo de treinamento esportivo há pelo menos um ano, treinando de maneira regular (realizando as atividades por pelo menos 2 vezes por semana), com idades de 15 a 17 anos, e que aceitaram participar do estudo (através da assinatura do TCLE pelos pais ou responsáveis, e assinatura do TA pelos atletas adolescentes).

3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Como critério de exclusão não foram aceitos atletas adolescentes que estivessem doentes, lesionados, ou em processo de transição para o retorno as atividades (recuperação física).

3.6 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS

3.6.1 Identificação das variáveis sociodemográficas

Para verificar o sexo e a idade, foi realizado uma anamnese entre os participantes (Apêndice 3), e para a avaliação do nível socioeconômico (NSE), foi aplicado o Questionário de Critério de Classificação Econômica Brasil sugerido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (ABEP, 2015). Esse questionário enfatiza estimar o poder de compra das pessoas e das famílias, separando em sete classes socioeconômicas, sendo A1 (a mais alta) A2, B1, B2, C, D e E (a mais baixa) (Anexo 2). No presente estudo as classes A1 e A2 foram agrupadas como classe A, as classes B1 e B2 como classe B, e as classes C, D e E como a outra classe socioeconômica.

3.6.2 Identificação das variáveis esportivas

Para verificar o esporte praticado (individual ou coletivo), há quantos tempo já realiza a prática esportiva (anos de treino) e o volume de treino semanal (número de vezes por semana x tempo de cada sessão de treinamento), foi realizado uma anamnese entre os participantes (Apêndice 3).

3.6.3 Estado nutricional

Para avaliação do estado nutricional, foi aferido a massa corporal (balança digital da marca Wincy) bem como a estatura em metros com a fita métrica. A partir disso foi realizado o cálculo do índice de massa corporal (IMC), com a fórmula de peso/estatura² (Apêndice 4).

3.6.4 Nível de atividade física

Para a avaliação do nível de atividade física foi utilizado o Questionário de Atividade Física para Adolescentes (QAFA) (Anexo 3), onde o atleta tem 24 opções de atividades físicas, visto que o mesmo teve a possibilidade de acrescentar mais duas, além das já propostas. Com essa ferramenta é possível avaliar a frequência (dias/sem), tipo e tempo (horas/min/dia) das atividades praticadas na última semana. Também é possível aferir a viabilidade de realizar, segundo a recomendação para adolescentes, a estimativa do nível de atividade física. Por fim, a facilidade do preenchimento e realização do questionário (FARIAS JÚNIOR et al., 2012).

Para o nível de atividade física, determinou-se somatório do produto do tempo dispendido em cada uma das atividades físicas pelas respectivas frequências de prática. Foram considerados suficientemente ativos os atletas adolescentes que praticaram atividades físicas moderadas ou vigorosas por um tempo igual ou maior que 420 minutos semanais, e aqueles que se exercitarem com um tempo abaixo deste, serão considerados insuficientemente ativos, possuindo assim CRS (WHO, 2010).

3.6.5 Comportamentos de risco à saúde

Para avaliação dos demais CRS os atletas adolescentes foram submetidos ao *Youth Risk Behavior Survey* (YRBS), desenvolvido pelo *Center for Disease Control and Prevention* (CDC, 2018) (Anexo 4), o qual foi traduzido e validado (concordância média Kappa 68,6%) para adolescentes brasileiros (GUEDES; LOPES, 2010). O objetivo deste questionário é examinar os comportamentos de risco para a saúde em categorias distintas que auxiliam no desencadeamento de morbidades, mortalidades e problemas sociais entre jovens e adultos com idades entre 12 e 21 anos. Neste caso, para avaliação dos CRS dos atletas adolescentes foram utilizados os dados referentes aos: a) comportamento sedentário (tempo de TV e videogame); b) hábitos alimentares (consumo de frutas e vegetais); c) consumo de álcool (leve e excessivo); d) consumo de tabaco; e) consumo de drogas ilícitas; f) comportamento sexual de risco; g) comportamento violento e h) adicionalmente foi perguntado sobre tempo de sono durante a semana e fim de semana dos participantes (Apêndice 5).

a) Comportamento sedentário: Para avaliação do comportamento sedentário, foram considerados os indivíduos que possuem CRS aqueles que tiverem 2 horas ou mais em tempo de tela (televisão e jogos de vídeo game), em um dia com aula normal (CDC, 2018).

b) Hábitos alimentares: Para avaliação dos hábitos alimentares foram considerados dois fatores: o consumo de frutas e o consumo de vegetais. Para o consumo de frutas foram considerados os indivíduos que possuem CRS aqueles que venham a consumir frutas, ou suco de frutas, menor que 2 vezes por dia, nos últimos 7 dias anteriores a pesquisa. Já para o consumo de vegetais, foram considerados os indivíduos que venham a ter um consumo de vegetais menor que 2 vezes por dia, nos últimos 7 dias anteriores a pesquisa (CDC, 2018).

c) Consumo de bebidas alcoólicas: Para avaliação do consumo de bebidas alcoólicas foram verificados os indivíduos que consumiram de maneira leve e excessiva. Para o consumo leve, foram considerados indivíduos que possuem CRS aqueles que venham a ter consumido ao menos uma dose bebida alcoólica nos 30

dias anteriores a pesquisa. Já para o consumo excessivo serão considerados os indivíduos e que consumiram mais que 5 doses de bebida alcoólica pelo menos em um dia nos 30 dias anteriores a pesquisa (CDC, 2018).

d) Consumo de tabaco: Para avaliação do tabagismo, foram considerados indivíduos que possuem CRS aqueles classificados que venham a ter consumido no mínimo um cigarro nos 30 dias anteriores a pesquisa (CDC, 2018).

e) Consumo de drogas ilícitas: Para avaliação do consumo de drogas ilícitas, foram considerados indivíduos que possuem CRS aqueles que venham a ter consumido algum tipo de droga ilícita nos últimos 30 dias anteriores a pesquisa (CDC, 2018).

f) Comportamento sexual: Para avaliação do comportamento sexual, foram considerados indivíduos que possuem CRS aqueles que não usaram preservativo na última relação sexual (CDC, 2018).

g) Comportamento violento: Para avaliação da prática de violência, foram considerados indivíduos que possuem CRS aqueles que se envolveram em lutas corporais nos últimos 12 meses anteriores a pesquisa (CDC, 2018).

h) Tempo de sono: Para avaliação do tempo de sono, foram considerados indivíduos que possuem CRS aqueles que tiverem com um tempo menor de 8 horas de sono por dia (durante a semana e fim de semana) (CDC, 2018).

3.7 TRATAMENTO DOS DADOS E PROCEDIMENTO ESTATÍSTICO

A análise dos dados foi feita pelo programa estatístico SPSS versão 24.0, onde foi realizado o teste de Kolmogorov-Smirnov para verificar a normalidade das variáveis contínuas. Pelo fato dos dados apresentarem distribuição não paramétrica, foi utilizado mediana e intervalo interquartilico para descrever as variáveis esportivas, sendo realizado o teste U de Mann Whitney para a comparação entre os grupos. Para verificar os principais CRS foi realizado a estatística descritiva (frequência absoluta e

relativa) e o teste de Qui-quadrado para comparação entre meninos e meninas. Para verificar a relação entre as variáveis sociodemográficas e esportivas com os CRS, foi aplicado a regressão de Poisson, com variância robusta para obtenção da RP e IC95%. Foram realizadas análises brutas e ajustadas para as variáveis independentes (sexo, idade, NSE, tipo de esporte, tempo de treino e volume de treino semanal) adotando um nível de significância de $p < 0,05$.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

O presente estudo teve como amostra final 367 atletas adolescentes, sendo 262 meninos e 105 meninas, com média de idade $15,68 \pm 0,78$. A amostra foi composta, em maior proporção, por atletas adolescentes dos esportes individuais e coletivos, pertencentes a faixa etária de 15 anos (51,8%), pertencentes a classe social A (50,7%) e com média de IMC de $21,63 \pm 2,48$ (caracterizados como eutróficos) (tabela 1).

TABELA 1. VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA, CURITIBA, PARANÁ, BRASIL (n=367).

CORINTHA, FAIXANA, BRASILE (N=367).							
Variável	Total (N=367)		Meninos (N=262)		Meninas (N=105)		p
	n	%	n	%	n	%	
Idade							
15 anos	190	51,8	131	50,0	59	56,2	0,55
16 anos	106	28,9	79	30,2	27	25,7	
17 anos	71	19,3	52	19,8	19	18,1	
NSE							
Classe A	186	50,7	22	8,4	5	4,8	0,46
Classe B	154	42,0	110	42,0	44	41,9	
Classe C/D/E	27	7,3	130	49,6	56	53,3	

Fonte: O autor (2019).

NSE: Nível Socioeconômico; Qui-quadrado para tendência linear; $p < 0,05$.

A tabela 2 apresenta valores medianos e intervalos interquartílicos (IIQ) das variáveis esportivas dos participantes do estudo. Com relação aos anos de treino dos atletas adolescentes, teve no total 4 anos como mediana, com IIQ de 4,50. Para os meninos teve 5 anos como mediana, com IIQ de 4,50, e para as meninas 4 anos como mediana, com IIQ de 2,75 ($U = 11479,50$) ($r = -0,12$) ($p = 0,01$). Com relação ao volume de treino semanal, teve no total 10 horas como mediana, com IIQ de 6,50. Para os meninos teve 10 horas como mediana, com IIQ de 6,50, e para as meninas 10 horas como mediana, com IIQ de 7,00 ($U = 11622,00$) ($r = -0,12$) ($p = 0,02$).

TABELA 2. APRESENTAÇÃO DAS VARIÁVEIS ESPORTIVAS, EM MEDIANAS E INTERVALOS INTERQUARTÍLICOS DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA, CURITIBA, PARANÁ, BRASIL (n=367).

Variável	Total		Masculino		Feminino		p
	Mediana	IIQ	Mediana	IIQ	Mediana	IIQ	
Anos de prática	4,00	4,50	5,00	4,50	4,00	2,75	0,01
Volume de treino semanal	10,00	6,50	10,00	6,50	10,00	7,00	0,02

Fonte: O autor (2019).

Volume de treino semanal: Horas semanais (horas x dias); U de Mann Whitney; $p < 0,05$.

É visto que os atletas iniciam cedo a participação em atividades esportivas, onde foi possível observar que os meninos tiveram maior mediana para os anos de prática em relação as meninas, ou seja, realizam o esporte a mais tempo. Brandão et al. (2015), mostram que os atletas adolescentes em seu estudo tinham uma média de 6,1 anos de experiência no esporte, resultados próximos ao de nosso estudo, onde teve como tempo de treino 5 anos como mediana. Já Guedes e Netto (2013), identificam um equilíbrio com relação ao tempo de treino entre os atletas adolescentes, visto que em seu estudo 30,8% dos indivíduos treinavam a menos de 2 anos, 28,4% a 3-4 anos, e 25,6% da amostra já realizava a prática esportiva a 5-6 anos, sendo assim, pode-se perceber que o esporte se inicia com uma idade baixa para os adolescentes, ainda no período da infância.

Já o volume de treino semanal é outro ponto importante dentro dos componentes da prática esportiva. Em nosso estudo, foi realizado um cálculo para verificar o volume de treino semanal, sendo ele o tempo de cada sessão de treino, multiplicado pela quantidade de treino semanal do mesmo. Obtivemos como mediana 10 horas (IIQ: 4,50), tanto para o sexo masculino (IIQ: 6,50), quanto feminino (IIQ: 7,00), onde mesmo com a mediana igual, pode-se assumir que as adolescentes do sexo feminino tinham um maior volume de treino em relação aos atletas do sexo masculino pela diferença apresentada no IIQ.

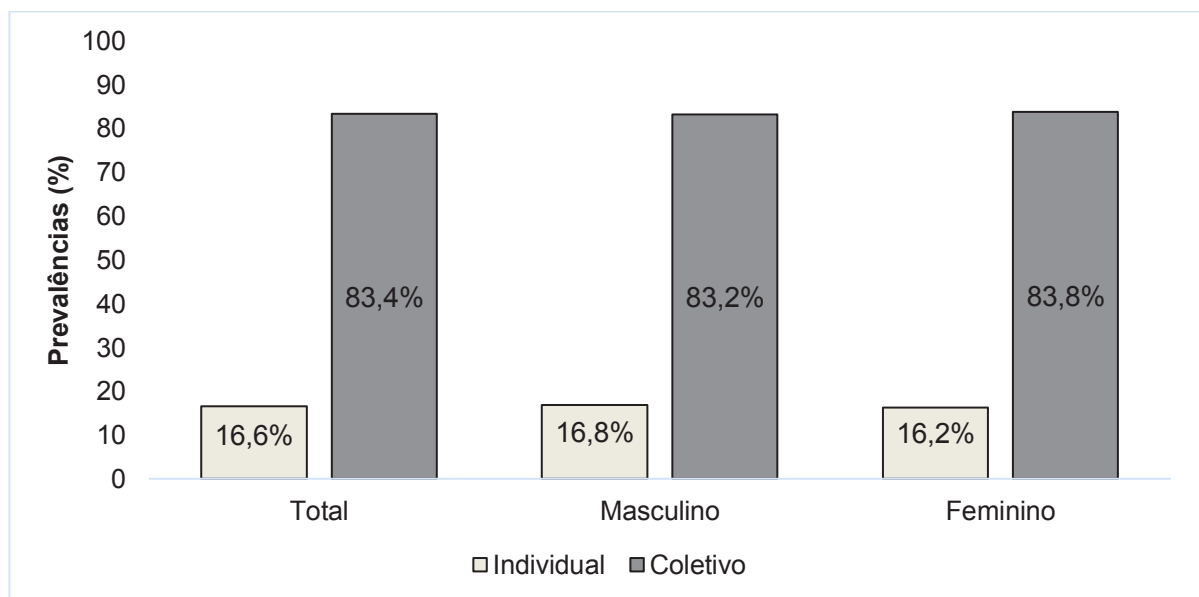
A literatura apresenta resultados semelhantes, onde Peretti-Watel et al. (2003), evidenciam em seu estudo que a maioria dos atletas adolescentes (40,9%) se encontraram com média semanal de treino de 11 a 15 horas, seguido de 10 horas ou menos (31,4%), e 16 horas ou mais (27,7%). Ainda, Damasceno et al. (2017) em seu estudo, verificaram que a maioria de seus atletas adolescentes teve como média semanal de treino de 3 a 8 horas, destes 39,9% realizavam de 3 a 5 horas e 38,4% de 6 a 8 horas por semana, e Guedes e Netto (2013), apontam que a maior proporção

dos atletas adolescentes em seu estudo teve como duração da sessão de treino de 1 a 2 horas (64,4%), e de 3 a 4 horas (25,2%), com frequência semanal de 5 vezes ou mais por semana (43,3%) e 3 a 4 vezes por semana (40,6%).

A prática esportiva desempenha um papel importante no desenvolvimento dos adolescentes, independentemente da habilidade que se tem dentro daquele esporte ou nível competitivo, visto que em qualquer um desses níveis de participação, sua experiência esportiva pode ser gratificante e extremamente positiva, aumentando o número de adolescentes a cada ano que passa o número de adolescentes que se engajam nessas atividades (TOFLER; BUTTERBAUGH, 2005).

Com relação ao tipo de esporte praticado pelos atletas adolescentes, a maioria esteve pertencente ao esporte coletivo (83,4%), tanto os meninos (83,2%) quanto as meninas (83,8%) (gráfico 1). E dentro dos esportes coletivos que os atletas adolescentes praticavam, a maior proporção foi pertencente ao vôlei (41,5%), seguido de futebol (15,8%), basquete (14,2%), futsal (9,8%), nado sincronizado (1,1%) e punhobol (0,8%). Já para o esporte individual, a maioria dos atletas adolescentes pertencia ao judô (5,5%), seguido de natação e triathlon (3,3% cada), e ainda badminton (2,5%), pentatlo (1,1%), esgrima (0,5%) e tênis de mesa (0,3%).

GRÁFICO 1. FREQUÊNCIA RELATIVA DO TIPO DE ESPORTE DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA, CURITIBA, PARANÁ, BRASIL (n=367).



Fonte: O autor (2019).

Qui-quadrado para correção de continuidade=1,000; p=0,88.

A respeito do tipo de esporte praticado, o esporte coletivo foi o dominante no presente estudo, tanto para meninos quanto para as meninas. Silva et al. (2009), afirmam resultados semelhantes ao do presente estudo em relação ao tipo de esporte praticado entre os atletas adolescentes. A participação em esportes coletivos foi a com maior proporção, tanto para meninos (82,1%), quanto para meninas (68,1%). E nos esportes individuais a prevalência foi de 18,9% para os meninos e 12,9% para as meninas, indo de encontro ao do presente estudo. O mesmo acontece para o estudo de Guedes e Netto (2013), onde 59,9% da amostra era pertencente ao esporte coletivo e 40,1% ao esporte individual.

4.2 PREVALÊNCIAS DOS COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE EM ATLETAS ADOLESCENTES

A tabela 3 apresenta alguns dos CRS dos atletas adolescentes, sendo eles: nível de atividade física, comportamento sedentário (elevado tempo de TV e videogame), hábitos alimentares (consumo de frutas e vegetais) e tempo de sono durante a semana e fins de semana dos atletas adolescentes. Com relação ao nível de atividade física, somente 9,5% da amostra se apresenta abaixo dos níveis recomendados, utilizando um ponto de corte de 420 minutos semanais. Ao verificar o comportamento sedentário, a maioria dos atletas adolescentes apresentou taxas não maiores que 14% para ≥ 2 horas para o elevado tempo de TV ou videogame (10,4% e 13,1%, respectivamente). Para o consumo de inadequado de frutas ou suco 100% natural ($<2x$ por dia) e vegetais ($<2x$ por dia) as prevalências foram de 66,5% e 68,4%, respectivamente, nos últimos 7 dias anteriores a pesquisa. E ainda, 56,1% apresentaram um sono inadequado (<8 horas/dia) durante a semana, porém no fim de semana apenas 11,4% não apresentaram um sono adequado durante os fins de semana.

TABELA 3. ASSOCIAÇÃO DO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA, ELEVADO TEMPO DE TV E VIDEOGAME, CONSUMO DE FRUTAS E VEGETAIS, E TEMPO DE SONO DIA DE SEMANA E FIM DE SEMANA EM RELAÇÃO AO SEXO DOS ATLETAS ADOLESCENTES DE CURITIBA, PARANÁ, BRASIL (FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS E RELATIVAS, n=367).

Variável	Total		Meninos		Meninas		X²	p
	n	%	n	%	n	%		
Nível de atividade física								
Suficientemente ativo	332	90,5	233	88,9	99	94,3	2,491	0,11
Insuficientemente ativo	35	9,5	29	11,1	6	5,7		
Tempo de TV								
< 2 horas de tempo de TV	329	89,6	223	88,9	96	91,4	0,504	0,47
≥ 2 horas de tempo de TV	38	10,4	29	11,1	9	8,6		
Tempo de videogame								
< 2 horas de tempo de videogame	319	86,9	224	85,5	95	90,5	1,635	0,20
≥ 2 horas de tempo de videogame	48	13,1	38	14,5	10	9,5		
Consumo de frutas								
Consumo de frutas ou suco 100% natural em frutas	123	33,5	81	30,9	42	40,0	2,776	0,09
≥ 2x por dia nos últimos 7 dias								
Consumo de frutas ou suco 100% natural em frutas	244	66,5	181	69,1	63	60,0		
< 2x por dia nos últimos 7 dias								
Consumo de vegetais								
Consumo de vegetais ≥ 2x por dia nos últimos 7 dias	116	31,6	84	32,1	32	30,5	0,087	0,76
Consumo de vegetais < 2x por dia nos últimos 7 dias	251	68,4	178	67,9	73	69,5		
Tempo de sono dia de semana								
Sono adequado dia de semana	161	43,9	120	45,8	41	39,0	1,389	0,23
Sono inadequado dia de semana	206	56,1	142	54,2	64	61,0		
Tempo de sono fim de semana								
Sono adequado fim de semana	325	88,6	229	87,4	96	91,4	1,198	0,27
Sono inadequado fim de semana	42	11,4	33	12,6	9	8,6		

Fonte: O autor (2019).

X² Qui-quadrado para correção de continuidade; Suficientemente ativo ≥ 420 min/sem; Insuficiente ativo < 420 min/sem; Tempo de sono adequado ≥ 8 horas/dia; Tempo de sono inadequado < 8 horas/dia; p<0,05.

Como mencionado anteriormente, a atividade física é de extrema importância na vida dos adolescentes, estando associada a inúmeros benefícios (GARBER et al., 2011; LEE, et al., 2012). No presente estudo apenas 9,5% da amostra não cumpre as recomendações de atividade física semanal, visto que os atletas adolescentes estão engajados com a prática esportiva, favorecendo a um grande acúmulo de minutos semanais, dessa forma, percebe-se que o esporte competitivo é favorecedor para altos níveis de atividade física entre os adolescentes. Por outro lado, é evidenciado na literatura que cerca de 80% dos adolescentes não atingem as recomendações mínimas de atividade física (HALLAL et al., 2012) para a saúde, e em Curitiba/PR, somente 14,5% dos adolescentes de 14 a 18 anos são classificados como fisicamente ativos (FERMINO et al., 2010). Sendo assim, o esporte parece ser de essencial importância, como apresentado no presente estudo, favorecendo um estilo de vida mais ativo aos adolescentes, onde os mesmos podem acumular mais tempo em atividade física, favorecendo a um estilo de vida ativo.

Por outro lado, elevados períodos em atividades sedentárias podem causar diversos riscos à saúde dos adolescentes (TREMBLAY et al., 2011), sendo recomendado um tempo não maior ou igual que 2 horas diárias em tal comportamento (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2001). Foram apontadas baixas porcentagens de comportamento sedentário no presente estudo dentro de um período ≥ 2 horas, tanto em elevado tempo de TV (10,4%) como elevado tempo de videogame (13,1%). Essas prevalências estão bem abaixo do que é apontado pela literatura, onde Barbosa Filho et al. (2014) em revisão sistemática com adolescentes brasileiros, apontaram prevalências que variaram de 28,1% a 88,0% em comportamento sedentário, e a PeNSE (2015) evidencia que cerca de 60% dos escolares reportaram ter o hábito de assistir televisão por mais de duas horas diárias. Ainda, Silva-Lima et al. (2018), identificaram que os adolescentes brasileiros apontaram prevalências em atividades sedentárias maiores que adolescentes espanhóis em um período de ≥ 2 horas/dia, tanto para o elevado tempo de TV (57,4% x 26,0%) como elevado tempo de videogame (22,9% x 15,7%). Dessa forma, assim como para a atividade física, a prática esportiva para o comportamento sedentário parece ser importante para que os adolescentes não venham a ter um acúmulo de horas diárias em comportamento sedentário, possibilitando assim um estilo de vida mais ativo.

Assim como a atividade física, os hábitos alimentares saudáveis, como o consumo de frutas e vegetais, está associado a inúmeros benefícios à saúde dos adolescentes (SILVA et al., 2016), sendo eles essenciais para uma vida adulta saudável (BARUFALDI et al., 2016). Porém a proporção de atletas adolescentes que reportaram baixo consumo de frutas ou suco natural de frutas (<2x/dia) foi de 66,5% e para o baixo consumo de vegetais (<2x/dia) foi de 68,4%. O presente estudo apresenta resultados que vão ao encontro aos presentes na literatura, apontando esse baixo consumo de frutas e vegetais pelos adolescentes. Barbosa Filho et al. (2014), apontam prevalências de 33,4% a 82,8% para o baixo consumo de frutas e de 36,3% a 75,8% para o baixo consumo de vegetais, bem como Silva et al. (2016), onde identificaram prevalências de consumo inadequado de frutas e vegetais chegou a 88,6%. E ainda, a prevalência de consumo de frutas ou suco 100% natural de frutas e consumo de vegetais ao menos 2x por dia chegam a apenas 31,5% e a 28% respectivamente em uma amostra representativas de adolescentes norte-americanos (CDC, 2016).

Dessa vez estar engajado com a prática esportiva não apresentou valores elevados para os hábitos saudáveis adequados, onde faz com que os profissionais da saúde fiquem atentos aos consumos alimentares desses adolescentes, pois o esporte, que tem uma demanda energética elevada, e a alimentação é ponto fundamental para um bom desempenho, visto que uma má alimentação está sujeita a um declínio das habilidades motoras, maiores chances de fadiga, traumas e lesões (JUZWIAK et al., 2000; SZCZEPANSKA, 2016).

Adicionalmente aos CRS dos atletas adolescentes, foi investigado também o tempo de sono durante a semana e fins de semana. O sono é um dos principais processos fisiológicos na vida, ocorrendo diversas mudanças nesse período na vida dos adolescentes (CARSKADON et al., 2004). A American Medical Association/American Academy of Sleep Medicine, determinam como um período igual ou superior a 8 horas como tempo de sono adequado (OWENS, 2014).

No presente estudo, foram investigados o horário que o atleta adolescente ia dormir e o horário que ele acordava, durante a semana e fins de semana, onde a duração do sono foi calculada pela diferença entre o horário de dormir e o horário de acordar. Em nosso estudo 56,1% da amostra durante os dias da semana e 11,4% durante os fins de semana reportarem dormir menos que 8 horas por dia, tal qual pode

ser influenciado por uma variedade de influências, como biológicas, psicológicas e socioculturais (CARSKADON, 2012). A literatura apresenta resultados tanto para um tempo de sono adequado como para um tempo de sono inadequado dos adolescentes durante a semana. Fendel et al. (2016) apontam prevalências de 53,6% para uma baixa duração do sono dos adolescentes durante a semana, e Al-Hazzaa (2014) identificaram 7,1 horas diárias de sono dos adolescentes em seu estudo, dessa forma não atingindo as horas que seriam adequadas. Porém, Ortega et al. (2010), evidenciam nos dias da semana uma média de 8,4 horas para os meninos e 8,3 horas para as meninas, bem como Steele et al. (2012) com período de 8,3 horas de sono nos dias semanais. Já para os fins de semana, a literatura evidencia um tempo de sono adequado, assim como no presente estudo. Pinto et al. (2016) apresentam uma duração de 9 horas e 46 minutos de sono entre os adolescentes, e Steele et al. (2012) mostram uma duração média de 8,2 horas de sono dos adolescentes durante o fim de semana, sendo assim, os fins de semana parecem proporcionar que os adolescentes tenham esse tempo de sono que venha a ser o adequado.

Já a tabela 4 apresenta os demais CRS dos atletas adolescentes, sendo eles o consumo de bebidas alcoólicas (leve e excessivo), consumo de tabaco, consumo de drogas ilícitas, comportamento sexual de risco e comportamento violento. Para o consumo de bebidas alcoólicas 26,7% reportaram terem consumido pelo menos uma dose de bebida alcoólica (consumo leve), e 15,3% demonstram terem consumido 5 ou mais doses de bebida alcoólica (consumo excessivo) em uma só ocasião nos últimos 30 dias anteriores a pesquisa. Foram apontados baixos percentuais para o consumo de cigarros e para o consumo de drogas ilícitas com 1,6%, e 1,4%, respectivamente, também nos últimos 30 dias anteriores a pesquisa. Com relação ao comportamento sexual, 40,4% já tiveram relação, e destes, 6,3% não usaram preservativo na última relação sexual, onde foram observadas diferenças significativas entre meninos e meninas ($p=0,01$), e 12,5% apresentaram comportamento violento (se envolveram em uma luta corporal), nos últimos 12 meses anteriores a pesquisa, esse também apresentou diferenças significativas entre meninos e meninas ($p=0,01$).

TABELA 4. ASSOCIAÇÃO DO CONSUMO LEVE E EXCESSIVO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS, CONSUMO DE TABACO, CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS, COMPORTAMENTO SEXUAL DE RISCO E COMPORTAMENTO VIOLENTO EM RELAÇÃO AO SEXO DOS ATLETAS ADOLESCENTES DE CURITIBA, PARANÁ, BRASIL (FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS E RELATIVAS, n=367).

Variável	Total		Meninos		Meninas		X²	p
	n	%	n	%	n	%		
Consumo leve de bebidas alcoólicas								
Não consumiu álcool nos últimos 30 dias	269	73,3	195	74,4	74	70,5	0,598	0,43
Consumiu pelo menos 1 dose nos últimos 30 dias	98	26,7	67	25,6	31	29,5		
Consumo excessivo de bebidas alcoólicas								
Não consumiu pelo menos 5 doses em uma única ocasião nos últimos 30 dias	311	84,7	222	84,7	89	84,8	0,000	0,99
Consumiu pelo menos 5 doses em uma única ocasião nos últimos 30 dias	56	15,3	40	15,3	16	15,2		
Consumo de tabaco								
Não consumiu tabaco nos últimos 30 dias	361	98,4	257	98,1	104	99,0	0,426	0,51
Consumiu tabaco nos últimos 30 dias	6	1,6	5	1,9	1	1,0		
Consumo de drogas ilícitas								
Não consumiu drogas ilícitas nos últimos 30 dias	362	98,6	258	98,5	104	99,0	0,184	0,66
Consumiu drogas ilícitas nos últimos 30 dias	5	1,4	4	1,5	1	1,0		
Comportamento sexual de risco								
Eu nunca tive relacionamento sexual*	219	59,6	134	51,1	85	81,0	28,796	0,01
Na última vez que você teve relação sexual, você ou seu parceiro usaram preservativo*	125	34,1	106	40,5	19	18,0		
Na última vez que você teve relação sexual, você ou seu parceiro não usaram preservativo*	23	6,3	22	8,4	1	1,0		
Comportamento violento								
Nos últimos 12 meses não se envolveu em uma luta corporal	321	87,5	220	84,0	101	96,2	10,212	0,01
Nos últimos 12 meses se envolveu em uma luta corporal	46	12,5	42	16,0	4	3,8		

Fonte: O autor (2019).

X²: Qui-quadrado para correção de continuidade e tendência linear; p<0,05.

Outro grande problema de saúde pública entre os adolescentes é o consumo de bebidas alcoólicas (CURRIE et al., 2012), seu consumo vem sendo associado a grandes agravos na vida dos adolescentes (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2010), podendo leva-los a um estilo de vida com alto risco (MALTA et al., 2014), sendo uma das principais causas de mortalidade em todo mundo anualmente (WHO, 2009). Em nosso estudo, 26,7% dos adolescentes reportaram terem consumido ao menos uma dose de bebida alcoólica nos últimos 30 dias anteriores a pesquisa, e 15,3% terem consumido 5 doses ou mais de bebida alcoólica em uma única ocasião durante o mesmo período.

A literatura evidencia uma grande variação na prevalência do consumo de bebidas alcoólicas. Coutinho et al. (2016) em uma amostra representativa de adolescentes brasileiros, apontam que 21% dos adolescentes reportaram o consumo de ao menos uma dose de bebida alcoólica nos últimos 30 dias, sendo os adolescentes da região sul em maior proporção (27,5%), resultados que vão de encontro aos nossos achados. Barbosa Filho et al. (2012) em uma revisão sistemática, evidenciam que o consumo leve entre os adolescentes brasileiros variou entre 23% a 67,7%, com uma prevalência média pouco maior do que a no presente estudo, de 34,9%. O mesmo estudo evidenciou ainda que o uso excessivo de bebidas alcoólicas (5 ou mais doses em uma única ocasião) variou de 0,8% a 34%, onde 40% dos estudos estimaram prevalências do uso excessivo de álcool superior a 10%, resultados de encontro ao em nosso estudo. E ainda, Legnani et al. (2009) mostram prevalências altas para esse consumo, com adolescentes da tríplice fronteira, onde 51,2% dos adolescentes brasileiros haviam consumido ao menos uma dose de bebida alcoólica nos últimos 30 dias. Sendo assim, a participação esportiva não favoreceu para uma menor prevalência dos atletas adolescentes para o consumo tanto leve, como excessivo de bebidas alcoólicas.

Assim como o consumo de bebidas alcoólicas, o tabagismo é uma das grandes questões de saúde pública (ALVAREZ-AGUIRRE et al., 2014), sendo uma das principais motivos e causas de morte em todo mundo (ALMEIDA; MUSSI, 2006; WHO, 2009). Nosso estudo evidenciou baixas prevalências para o consumo de tabaco, onde apenas 1,6% dos atletas reportaram terem consumido ao menos um cigarro nos últimos 30 dias anteriores a pesquisa, resultado bem abaixo do que é evidenciado pela literatura. Em revisão sistemática com adolescentes brasileiros,

Barbosa Filho et al. (2012), identificaram que a prevalência de tabaco variou de 2,4% a 22,0%, com uma prevalência média de 9,3%, porém 20% dos estudos evidenciaram prevalências superiores a 15%. Dados do Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes reportaram uma prevalência de 8,5% para os adolescentes do sexo masculino e 7,1% para as do sexo feminino, essas prevalências somente para os adolescentes com idades entre a 15 a 17 anos em todo Brasil, sendo as maiores prevalências para o sexo masculino na região Centro-Oeste (10,2%) e para o sexo feminino na região Sul (9,3%), e Curitiba apresenta taxas próximas de prevalências entre os sexos masculino e feminino (6,4% e 6,3%) (FIGUEIREDO et al., 2016). E ainda, os resultados da PeNSE (2015) afirma que 5,4% dos adolescentes com idades entre 13 a 15 anos e 8,4% dos adolescentes com idades de 16 a 17 anos haviam fumado 30 dias anteriores a pesquisa. Visto isso, o esporte favoreceu para os atletas adolescentes do nosso estudo terem baixas prevalências para o consumo de tabaco.

Assim como as drogas lícitas já mencionadas (álcool e tabaco) as drogas ilícitas, tais como a maconha, cocaína, *crack*, cola, loló, lança perfume e *ecstasy*, também geram problemas na saúde pública em diferentes níveis nos adolescentes, com grande interferência no ambiente social e emocional (CHATTERJI, 2006). Assim como o consumo de tabaco, o consumo de drogas ilícitas apresentou baixas prevalências entre os atletas adolescentes, onde apenas 1,4% reportaram terem consumido algum tipo de droga ilícita nos últimos 30 dias anteriores a pesquisa.

A PeNSE (2015) ao investigar o consumo de drogas ilícitas entre os adolescentes apresenta prevalências superiores ao do presente estudo, onde 4,2% dos adolescentes com idades entre 13 a 15 anos reportaram terem consumido droga ilícita nos últimos 30 dias anteriores a pesquisa, e a mesma porcentagem para o consumo de maconha durante o mesmo período. E 7,4% dos adolescentes com idades entre 16 e 17 anos reportou ter consumido drogas ilícitas nos últimos 30 dias anteriores a pesquisa, e ainda, 7,2% reportaram terem consumido maconha durante esse mesmo período.

A maconha é a droga ilícita mais consumida em todo mundo, as prevalências no Canadá chegam a 18% para ambos os sexos em seu consumo nos últimos 30 dias e de 17% para os meninos e 15% para as meninas na Espanha, porém esses valores são bem inferiores em outros países do mundo, como na Alemanha (5% para meninos e 3% para meninas) e Noruega 4% para meninos e 1% para meninas) (CURRIE et al.,

2012). Ainda, Elicker et al. (2015) mostram prevalências de 2,3% em estudo representativo em adolescentes de Porto Velho/RO. De qualquer forma, esses resultados são superiores ao do presente estudo, reforçando a importância da prática esportiva entre adolescentes.

Durante a adolescência ocorrem várias influências que podem resultar no início sexual precoce e a realização da prática sexual sem proteção adequada, como imaturidade emocional, comportamento desafiador e impulsividade (PRATTA; SANTOS, 2007). No presente estudo, a maioria dos atletas adolescentes ainda não haviam se relacionado sexualmente (59,6%), dos outros 40,4% que já tiveram relação sexual, 34,1% destes utilizaram preservativo na última relação sexual e 6,3% não utilizaram preservativo. Houveram diferenças significativas entre meninos e meninas em todas as variáveis de comportamento sexual de risco, onde 51,1% dos meninos reportaram ainda não terem tido relação sexual, essa porcentagem chega a 81,0% para as meninas, e daqueles que se protegeram na última relação sexual foram 40,5% para os meninos e 18,0% para as meninas, e ainda, 8,4% dos meninos reportaram não terem se protegido na última relação enquanto somente 1,0% das meninas reportou a mesma situação ($p=0,01$).

Visando somente os atletas adolescentes que já tiveram relação sexual (40,4%), os que se protegeram na última relação seria em torno de 84,4%, e 15,6% não se protegeram. A PeNSE (2015) evidenciou que com relação ao uso de preservativo na última relação sexual, 60,3% dos escolares de 13 a 15 anos e 65,6% de 16 a 17 anos, reportaram ter utilizado preservativo, sendo menores aos encontrados em nosso estudo, onde esses valores não diferem muito entre meninos e meninas. Entra a diferença de meninos e meninas, cerca de 59,5% dos adolescentes do sexo masculino de 13 a 15 anos e 70,6% dos de 16 a 17 anos reportaram terem se protegido na última relação sexual e 61,8% das adolescentes do sexo feminino de 13 a 15 anos e 59,7% das de 16 a 17 anos apontaram terem se protegido na última relação sexual. E ainda Farias Júnior et al. (2009), apontam prevalências maiores da não utilização de preservativo em relação ao nosso estudo, onde 38,3% dos adolescentes que tinham vida sexual ativa, referiram não utilizar preservativos nas relações sexuais, principalmente adolescentes do sexo feminino, o oposto encontrado em nosso estudo, onde os meninos foram a maior proporção. Em ambos os estudos, tanto para proteção quanto para a não utilização de preservativos as prevalências

foram piores em comparação com o nosso estudo, onde o esporte, assim como para a maioria dos outros comportamentos, vem sendo importante para que os adolescentes apresentem baixas prevalências nos CRS.

E ainda, o último comportamento de risco analisado foi o comportamento violento. Tal comportamento é uma grande preocupação social abordada, compreendendo uma série de comportamentos que afetam negativamente a saúde física e mental dos indivíduos (MEYER et al., 2008), além de outros impactos contínuos na saúde, como o aumento do risco de doenças cardiovasculares (SUGLIA et al., 2015). A luta corporal vem sendo evidenciada como comportamento violento mais frequente, sendo em maior proporção para os meninos (POOL et al., 2017).

Em nosso estudo, 12,5% dos atletas adolescentes reportaram terem se envolvido em luta corporal nos últimos 12 meses anteriores a pesquisa, sendo essa porcentagem maior nos atletas adolescentes do sexo masculino do que no feminino (16,0% x 3,8%, $p=0,01$). Resultados pouco superior ao de nosso estudo foram encontrados por Farias Júnior et al. (2009), onde 16,5% da amostra reportaram ter se envolvido em alguma luta corporal nos últimos 12 meses que antecederam a coleta de dados, sendo essa prática mais frequente em meninos do que em meninas (24,9% x 10,4%). Bem como a PeNSE (2015), afirma que 23,3% dos escolares de 13 a 15 anos envolveram-se em alguma luta física nos 12 meses anteriores à pesquisa, sendo 30,2% dos escolares do sexo masculino e 16,2% dos escolares do sexo feminino. Entretanto essa porcentagem foi menor para os adolescentes com idades de 16 a 17 anos, onde 18,2% envolveram-se em alguma luta física, onde também foi maior para o sexo masculino (26,2%) do que para o feminino (10,6%), de qualquer forma prevalências superiores em nosso estudo, sendo maior em adolescentes do sexo masculino do que do sexo feminino, bem como em nosso estudo. Sendo assim, a literatura evidencia prevalências superior ao de nosso estudo, onde os adolescentes do sexo masculino apresentam prevalências significativamente maiores do que as adolescentes do sexo feminino, e como os demais CRS, o esporte favorece a uma menor prevalência para esse comportamento.

4.3 RAZÃO DE PREVALÊNCIA DOS COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE EM RELAÇÃO AO SEXO, IDADE, NSE, TIPO DA MODALIDADE, TEMPO DE TREINO E VOLUME DE TREINO SEMANAL EM ATLETAS ADOLESCENTES

Nas tabelas 5 e 6 são descritos os resultados das análises brutas e ajustadas (controlado para todas as variáveis independentes) da razão de prevalência dos CRS em relação ao sexo, idade, NSE, tipo da modalidade, tempo de treino e volume de treino semanal dos atletas adolescentes.

TABELA 5. RAZÃO DE PREVALÊNCIA BRUTA DOS COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE EM RELAÇÃO AO SEXO, IDADE, NSE, TIPO DE ESPORTE, TEMPO DE TREINO E VOLUME DE TREINO SEMANAL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA, CURITIBA, PARANÁ, BRASIL (n=367).

(continua)																
Análise bruta	Elevado tempo de TV			Elevado tempo de videogame			Baixo consumo de frutas			Baixo consumo de vegetais						
	RP	IC95%	p	RP	IC95%	p	RP	IC95%	p	RP	IC95%	p				
Sexo																
Masculino	1	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-				
Feminino	0,77	0,38-1,57	0,48	0,65	0,34-1,26	0,21	0,86	0,72-1,03	0,86	1,02	0,87-1,19	0,76				
Idade																
	0,92	0,63-1,36	0,92	0,69	0,46-1,04	0,08	0,96	0,87-1,05	0,96	1,00	0,91-1,09	0,95				
NSE																
Classe C/D/E	1	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-				
Classe B	0,42	0,16-1,09	0,07	1,40	0,45-4,33	0,55	0,91	0,71-1,16	0,46	0,96	0,74-1,26	0,81				
Classe A	0,61	0,25-1,48	0,27	1,01	0,32-3,17	0,97	0,87	0,68-1,11	0,87	0,97	0,74-1,26	0,83				
Tipo de esporte																
Individual	1	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-				
Coletivo	2,32	0,73-7,32	0,14	2,19	0,81-5,87	0,11	1,27	1,00-1,62	0,05	1,15	0,93-1,43	0,19				
Variáveis esportivas																
Anos de treino	1,09	0,98-1,22	0,09	1,05	0,94-1,16	0,33	0,99	0,96-1,02	0,63	0,97	0,94-1,00	0,06				
Volume de treino semanal	0,99	0,93-1,06	0,92	0,91	0,86-0,97	0,01	0,98	0,96-0,99	0,02	0,98	0,96-0,99	0,02				

Fonte: O autor (2019).

Volume de treino semanal: Horas semanais (horas x dias); NSE: Nível socioeconômico; Elevado tempo de TV: ≥ 2 horas de tempo de tela; Elevado tempo de videogame: ≥ 2 horas de tempo de tela; Baixo consumo de frutas ou suco 100% natural: $< 2x$ por dia nos últimos 7 dias; Baixo consumo de vegetais: $< 2x$ por dia nos últimos 7 dias; RP: Razão de prevalência; IC95%: Intervalo de confiança de 95%; $p < 0,05$.

TABELA 5. RAZÃO DE PREVALÊNCIA BRUTA DOS COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE EM RELAÇÃO AO SEXO, IDADE, NSE, TIPO DE ESPORTE, TEMPO DE TREINO E VOLUME DE TREINO SEMANAL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA, CURITIBA, PARANÁ, BRASIL (n=367).

Análise bruta													(continua)			
	Consumo leve de bebidas alcoólicas				Consumo excessivo de bebidas alcoólicas				Consumo de tabaco				Consumo de drogas ilícitas			
	RP	IC95%	p		RP	IC95%	p		RP	IC95%	p		RP	IC95%	p	
Sexo																
Masculino	1	-	-		1	-	-		1	-	-		1	-	-	
Feminino	1,15	0,80-1,65	0,43		0,99	0,58-1,70	0,99		0,49	0,05-4,22	0,52		0,62	0,07-5,51	0,67	
Idade																
	1,54	1,26-1,87	0,01		1,81	1,37-2,39	0,01		5,44	1,90-15,44	0,01		8,73	1,77-42,91	0,01	
NSE																
Classe C/D/E	1	-	-		1	-	-		1	-	-		1	-	-	
Classe B	0,89	0,47-1,70	0,74		1,05	0,39-2,79	0,91									
Classe A	0,88	0,47-1,66	0,71		1,01	0,38-2,67	0,97									
Tipo de esporte																
Individual	1	-	-		1	-	-		1	-	-		1	-	-	
Coletivo	1,10	0,68-1,77	0,68		1,04	0,53-2,01	0,90									
Variáveis esportivas																
Anos de treino	1,01	0,95-1,08	0,56		1,08	0,99-1,18	0,05		1,15	0,81-1,63	0,42		0,93	0,73-1,19	0,58	
Volume de treino semanal	0,96	0,93-0,99	0,02		0,95	0,91-1,00	0,05		1,02	0,95-1,10	0,54		0,98	0,91-1,05	0,59	

Fonte: O autor (2019).

Volume de treino semanal: Horas semanais (horas x dias); NSE: Nível socioeconômico; Consumo leve de bebidas alcoólicas: 1 vez por dia nos últimos 30 dias; Consumo excessivo de bebidas alcoólicas: 5 doses em uma única ocasião nos últimos 30 dias; Consumo de tabaco: consumiu nos últimos 30 dias; Consumo de drogas ilícitas: consumiu nos últimos 30 dias; RP: Razão de prevalência; IC95%: Intervalo de confiança de 95%; p<0,05;

TABELA 5. RAZÃO DE PREVALÊNCIA BRUTA DOS COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE EM RELAÇÃO AO SEXO, IDADE, NSE, TIPO DE ESPORTE, TEMPO DE TREINO E VOLUME DE TREINO SEMANAL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA, CURITIBA, PARANÁ, BRASIL (n=367).

Análise bruta	Comportamento sexual de risco				Comportamento violento			Baixo tempo de sono dia de semana			Baixo tempo de sono fim de semana			(conclusão)
	RP	IC95%	p	p	RP	IC95%	p	RP	IC95%	p	RP	IC95%	p	
Sexo														
Masculino	1	-	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	--	
Feminino	0,11	0,01-0,83	0,03	0,01	0,23	0,08-0,64	0,01	1,12	0,93-1,35	0,22	0,68	0,33-1,37	0,28	
Idade	1,74	1,13-2,68	0,01		1,30	0,93-1,84	0,12	0,88	0,78-1,00	0,06	1,23	0,87-1,73	0,22	
NSE														
Classe C/D/E	1	-	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-	
Classe B	0,57	0,20-1,61	0,29	0,42	0,65	0,23-1,83	0,42	1,53	0,88-2,68	0,12	0,99	0,31-3,16	0,99	
Classe A	0,21	0,06-0,72	0,01	0,96	0,98	0,37-2,58	0,96	1,90	1,10-3,28	0,02	1,06	0,34-3,31	0,91	
Tipo de esporte														
Individual	1	-	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-	
Coletivo	0,94	0,33-2,68	0,91	0,27	1,63	0,67-3,96	0,27	0,63	0,54-0,75	0,01	0,84	0,41-1,74	0,53	
Variáveis esportivas														
Anos de treino	0,55	0,47-0,64	0,01	0,09	1,09	0,98-1,21	0,09	0,98	0,95-1,02	0,46	0,96	0,85-1,08	0,56	
Volume de treino semanal	0,74	0,69-0,78	0,01	0,61	1,01	0,96-1,05	0,61	0,99	0,98-1,01	0,86	1,00	0,94-1,05	0,99	

Fonte: O autor (2019).

Volume de treino semanal: Horas semanais (horas x dias); NSE: Nível socioeconômico; Comportamento sexual de risco: Na última vez que teve relação sexual, não foi usado preservativo; Comportamento violento: Se envolveu em luta corporal nos últimos 12 meses; Tempo de sono inadequado: <8 horas/dia; RP: Razão de prevalência; IC95%: Intervalo de confiança de 95%; p<0,05;

TABELA 6. RAZÃO DE PREVALÊNCIA AJUSTADA DOS COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE EM RELAÇÃO AO SEXO, IDADE, NSE, TIPO DE ESPORTE, TEMPO DE TREINO E VOLUME DE TREINO SEMANAL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA, CURITIBA, PARANÁ, BRASIL (n=367).

Análise ajustada		Elevado tempo de TV			Elevado tempo de videogame			Baixo consumo de frutas			Baixo consumo de vegetais		
		RP	IC95%	p	RP	IC95%	p	RP	IC95%	p	RP	IC95%	p
Sexo													
Masculino	1	-	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-
Feminino	0,84	0,40-1,79	0,66		0,80	0,41-1,57	0,53	0,88	0,74-1,05	0,17	1,02	0,87-1,19	0,74
Idade													
	0,75	0,49-1,14	0,19		0,59	0,39-0,89	0,01	0,94	0,85-1,05	0,31	1,03	0,94-1,14	0,46
NSE													
Classe C/D/E	1	-	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-
Classe B	0,45	0,18-1,11	0,08		1,28	0,41-3,99	0,66	0,91	0,71-1,17	0,49	0,96	0,73-1,24	0,76
Classe A	0,64	0,27-1,48	0,30		0,88	0,28-2,77	0,88	0,87	0,67-1,12	0,28	0,96	0,74-1,25	0,46
Tipo de esporte													
Individual	1	-	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-
Coletivo	3,11	1,13-8,58	0,02		2,00	0,75-5,27	0,16	1,19	0,93-1,53	0,16	1,03	0,82-1,28	0,79
Variáveis esportivas													
Anos de treino	1,14	1,01-1,29	0,02		1,12	1,01-1,25	0,03	1,00	0,97-1,03	0,94	0,97	0,94-1,00	0,07
Volume de treino semanal	1,01	0,94-1,09	0,66		0,92	0,86-0,99	0,02	0,98	0,97-1,00	0,11	0,98	0,96-0,99	0,03

Fonte: O autor (2019).

Volume de treino semanal: Horas semanais (horas x dias); NSE: Nível socioeconômico; Elevado tempo de TV: ≥ 2 horas de tempo de tela; Elevado tempo de videogame: ≥ 2 horas de tempo de tela; Baixo consumo de frutas ou suco 100% natural: $< 2x$ por dia nos últimos 7 dias; Baixo consumo de vegetais: $< 2x$ por dia nos últimos 7 dias; RP: Razão de prevalência; IC95%: Intervalo de confiança de 95%; $p < 0,05$.

TABELA 6. RAZÃO DE PREVALÊNCIA AJUSTADA DOS COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE EM RELAÇÃO AO SEXO, IDADE, NSE, TIPO DE ESPORTE, TEMPO DE TREINO E VOLUME DE TREINO SEMANAL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA, CURITIBA, PARANÁ, BRASIL (n=367).

(continua)

Análise ajustada	Consumo leve de bebidas alcoólicas				Consumo excessivo de bebidas alcoólicas				Consumo de tabaco				Consumo de drogas ilícitas			
	RP		IC95%		p		RP		IC95%		p		RP		IC95%	
	RP	IC95%	RP	IC95%	p	RP	IC95%	RP	IC95%	RP	IC95%	p	RP	IC95%	RP	p
Sexo																
Masculino	1	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-
Feminino	1,22	0,85-1,75	0,26		0,66	1,12	0,66-1,92	0,66		0,30	0,03-2,38	0,25	0,34	0,04-2,74	0,31	
Idade	1,64	1,32-2,03	0,01		0,01	1,82	1,34-2,48	0,01		9,59	3,36-27,38	0,01	18,08	3,38-56,65	0,01	
NSE																
Classe C/D/E	1	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-
Classe B	0,90	0,49-1,65	0,74		0,83	1,10	0,44-2,69									
Classe A	0,99	0,54-1,80	0,97		0,68	1,20	0,50-2,89									
Tipo de esporte																
Individual	1	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-
Coletivo	0,87	0,54-1,42	0,60		0,67	0,86	0,43-1,72									
Variáveis esportivas																
Anos de treino	0,96	0,90-1,03	0,31		0,69	1,01	0,93-1,11			0,91	0,64-1,30	0,63	0,70	0,53-0,92	0,01	
Volume de treino semanal	0,95	0,92-0,99	0,02		0,03	0,94	0,89-0,99	0,03		1,20	1,01-1,45	0,04	1,03	0,88-1,22	0,64	

Fonte: O autor (2019).

Volume de treino semanal: Horas semanais (horas x dias); NSE: Nível socioeconômico; Consumo leve de bebidas alcoólicas: 1 vez por dia nos últimos 30 dias; Consumo excessivo de bebidas alcoólicas: 5 doses em uma única ocasião nos últimos 30 dias; Consumo de tabaco: consumiu nos últimos 30 dias; Consumo de drogas ilícitas: consumiu nos últimos 30 dias; RP: Razão de prevalência; IC95%: Intervalo de confiança de 95%; p<0,05.

TABELA 6. RAZÃO DE PREVALÊNCIA AJUSTADA DOS COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE EM RELAÇÃO AO SEXO, IDADE, NSE, TIPO DE ESPORTE, TEMPO DE TREINO E VOLUME DE TREINO SEMANAL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA, CURITIBA, PARANÁ, BRASIL (n=367).

Análise ajustada	Comportamento sexual de risco				Comportamento violento				Baixo tempo de sono dia de semana				Baixo tempo de sono fim de semana				(conclusão)
	Comportamento sexual de risco		Comportamento violento		Baixo tempo de sono dia de semana		Baixo tempo de sono fim de semana										
	RP	IC95%	p	RP	IC95%	p	RP	IC95%	p	RP	IC95%	p					
Sexo																	
Masculino	1	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-		
Feminino	0,12	0,01-0,90	0,03	0,01	0,23	0,08-0,62	0,01	1,10	0,82-1,49	0,50	0,65	0,30-1,37	0,25	0,25	0,25		
Idade																	
	1,61	0,90-2,87	0,10	0,28	1,22	0,84-1,78	0,28	0,94	0,77-1,14	0,56	1,39	0,91-2,11	0,11	0,11	0,11		
NSE																	
Classe C/D/E	1	-	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-		
Classe B	0,68	0,25-1,86	0,45	0,68	0,81	0,30-2,19	0,68	1,47	0,73-2,93	0,27	1,02	0,30-3,52	0,96	0,96	0,96		
Classe A	0,28	0,08-0,94	0,04	0,50	1,38	0,53-3,55	0,50	1,73	0,87-3,42	0,11	1,18	0,34-4,02	0,78	0,78	0,78		
Tipo de esporte																	
Individual	1	-	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-		
Coletivo	0,66	0,22-1,95	0,45	0,08	2,36	0,90-6,22	0,08	0,60	0,42-0,86	0,01	0,76	0,32-1,77	0,53	0,53	0,53		
Variáveis esportivas																	
Anos de treino	0,97	0,82-1,15	0,76	0,33	1,05	0,94-1,18	0,33	0,98	0,93-1,04	0,55	0,91	0,81-1,04	0,18	0,18	0,18		
Volume de treino semanal	0,94	0,87-1,02	0,17	0,11	1,04	0,99-1,10	0,11	0,98	0,96-1,01	0,32	0,99	0,93-1,06	0,96	0,96	0,96		

Fonte: O autor (2019).

Volume de treino semanal: Horas semanais (horas x dias); NSE: Nível socioeconômico; Comportamento sexual de risco: Na última vez que teve relação sexual, não foi usado preservativo; Comportamento violento: Se envolveu em luta corporal nos últimos 12 meses; Tempo de sono inadequado: <8 horas/dia; RP: Razão de prevalência; IC95%: Intervalo de confiança de 95%; p<0,05;

Entre os CRS, primeiramente foram analisados o comportamento sedentário em tempo de TV e de videogame dos atletas adolescentes. Para o elevado tempo de TV, não foram encontradas associações significativas na análise bruta. Porém na análise ajustada, os atletas adolescentes do esporte coletivo, tiveram uma razão de prevalência de 3,11% maior (IC95%: 1,13-8,58) de apresentarem elevado tempo de TV em relação aos atletas adolescentes do esporte individual. E a elevação a cada ano a mais de tempo de treino, os atletas adolescentes demonstraram probabilidade 14% maior (RP: 1,14; IC95%: 1,01-1,29) de estarem em elevado tempo de TV (tabela 6). Já para o elevado tempo de videogame, na análise bruta, a elevação a cada hora de treino semanal, os atletas adolescentes reportaram uma probabilidade 9% menor (RP: 0,91; IC95%: 0,86-0,97) de agregarem um elevado tempo de videogame (tabela 5). Na análise ajustada, a cada ano de vida a mais que o atleta adolescente possui, apresentou-se uma probabilidade 41% menor (RP: 0,59; IC95%: 0,39-0,89) de demonstrarem um elevado tempo de videogame. E para as variáveis esportivas, a elevação de um ano a mais de treino aumentou em 12% (RP: 1,12; IC95%: 1,01-1,25), e para cada hora a mais de treino diminuiu em 8% (RP: 0,92; IC95%: 0,86-0,99) a probabilidade de os atletas adolescentes reportarem um elevado tempo de videogame (tabela 6).

As análises ajustadas indicam que os atletas adolescentes do esporte coletivo têm maior probabilidade de demonstrarem um elevado tempo de TV em relação ao esporte individual, e os atletas que estão a mais tempo dentro da prática esportiva, tanto para o elevado tempo de TV, quanto para o elevado tempo de videogame, aumentam as probabilidades de estarem em tais comportamentos.

O esporte coletivo, por ter um conjunto de atletas, pode ser um dos motivos pelos quais se tem maiores probabilidades de comportamento sedentário, onde o grupo de atletas pode se reunir em frente à TV por exemplo, em treinamentos e concentrações de jogos, diferente do que acontece no esporte individual. Com relação aos anos de treino (tempo de treino), quanto mais tempo o atleta adolescente já treina, maior as chances de ele estar em comportamento sedentário. A literatura evidencia que os atletas de elite tem níveis mais elevados em comportamento sedentário do que aqueles que não são atletas (WEILER et al., 2015; SPERLICH et al., 2017), tais atletas de elite tem um tempo de prática esportiva elevado, dessa forma podendo esclarecer

que, conforme avança o tempo de prática em um determinado esporte, o tempo sedentário tende a ser elevado.

Porém, os resultados do presente estudo mostram que conforme a idade desses atletas avança e o volume de treino semanal aumenta, o elevado tempo de videogame tende a diminuir. Em revisão sistemática, Bacil et al. (2015), apontam que o comportamento sedentário tende a aumentar conforme o avanço da idade cronológica em adolescentes, o oposto do que foi encontrado em nossos achados, onde o avanço na idade tende a diminuir o tempo em comportamento sedentário, essa diferença pode se dar pelo fato da nossa amostra ser atletas, o que faz com que os mesmos estejam de maneira mais comprometida com o esporte, diminuindo seu tempo tais atividades.

A literatura evidencia que o comportamento sedentário está associado a baixos níveis de atividade física entre os adolescentes (GUERRA; FARIAS JÚNIOR; FLORINDO, 2016; MELKEVIK et al., 2010), e Martins et al. (2012), mostram que existe uma associação inversa e significativa em relação a atividade física e a adoção de comportamento sedentário, onde os adolescentes com atitudes mais positivas em relação a atividade física apresentaram menores chances de passar mais de duas horas por dia assistindo à televisão (masculino: RC: 0,62; IC95%: 0,40-0,95; feminino: RC: 0,63; IC95%: 0,44-0,90), dessa forma, quanto mais engajado com a prática esportiva, menor as probabilidades de os atletas adolescentes apresentarem esse comportamento, sendo um fator de proteção como visto em nosso estudo.

Na maioria dos dias da semana, as horas de descanso são gastas na escola ou em casa, que são locais que promovem o comportamento sedentário. A conscientização dos atletas é importante para o desempenho, o que pode auxiliar no processo de recuperação do treinamento, bem como para a saúde, uma vez que diminui as influências nocivas do inevitável sedentarismo moderno. Assim, essas informações podem fornecer dados interessantes para ajudar treinadores a controlar as cargas que podem influenciar o desempenho do treinamento (EXEL et al., 2018).

Com relação aos hábitos alimentares (baixo consumo de frutas e vegetais) dos atletas adolescentes, na análise bruta, a elevação a cada hora a mais de treino semanal teve uma probabilidade 2% menor (RP: 0,98; IC95%: 0,96-0,99) de os atletas adolescentes demonstrarem um baixo consumo de frutas (ou suco natural de frutas) (tabela 5), bem como para o baixo consumo de vegetais, onde a elevação para cada

hora de treino semanal, teve uma probabilidade 2% menor tanto na análise bruta (RP: 0,98; IC95%: 0,96-0,99) (tabela 5), quanto na ajustada (RP: 0,98; IC95%: 0,96-0,99) (tabela 6) de os atletas adolescentes apresentarem um baixo consumo de vegetais.

Dentro das análises multivariadas, os atletas adolescentes demonstram que conforme o volume de treino semanal aumenta, diminuem as probabilidades de os atletas apresentarem um baixo consumo de vegetais. A literatura vem ao encontro dos achados do presente estudo indicando que prática esportiva se associa aos hábitos alimentares saudáveis. Dortch et al. (2014) evidenciam um gradiente de dose e resposta entre o engajamento com atividades esportivas e o consumo adequado de vegetais, indicando que o aumento desse engajamento se associou positivamente com o consumo adequado desses alimentos.

A prática de atividade física moderada a vigorosa também esteve positivamente associada ao consumo tanto frutas, como de vegetais (TASSITANO et al., 2016), e Lowry et al. (2015) afirmam que adolescentes que atingem as recomendações mínimas de atividade física diárias, com intensidade moderada a vigorosa, apresentaram maiores chances de terem um consumo adequado de vegetais (OR: 2,30; IC95%: 1,80-2,80). O oposto também foi evidenciado por Medeiros et al. (2016), onde os autores concluem que o baixo consumo de frutas e vegetais são maiores em meninos que estão expostos a níveis insuficientes de atividade física (OR: 1,98; IC95%: 1,43-2,73).

Sendo assim a realização de atividade física, como a prática esportiva, realizada pelos atletas adolescentes, fazem com que os mesmos venham a ser mais disciplinados em relação à uma boa alimentação (REINALDO et al., 2016), dessa forma o consumo adequado de nutrientes favorece bons desempenhos em suas atividades, assim o consumo adequado de vegetais, se torna de extrema importância (JUZWIAK et al., 2000).

Na tabela 5 são evidenciados os resultados da análise bruta para o consumo de bebidas alcoólicas (leve e excessivo) dos atletas adolescentes. A elevação de um ano a mais na idade dos atletas foram identificadas probabilidades 54% maior (RP: 1,54; IC95%: 1,26-1,87) para o consumo leve, e 81% maior (RP: 1,81; IC95%: 1,37-2,39) para o consumo excessivo de bebidas alcoólicas. E a elevação para cada hora de treino semanal, os atletas adolescentes demonstram uma probabilidade 4% menor (RP: 0,96; IC95%: 0,93-0,99) de aderirem um consumo leve de bebidas alcoólicas. Na

análise ajustada (tabela 6), a elevação de um ano a mais na idade dos atletas adolescentes, foram apresentadas uma probabilidade de 64% maior (RP: 1,64; IC95%: 1,32-2,03) para o consumo leve, e 82% maior (RP: 1,82; IC95%: 1,34-2,48) para o consumo excessivo de bebidas alcoólicas. E a elevação para cada hora de treino semanal, os atletas adolescentes reportaram uma probabilidade 5% (RP: 0,95; IC95%: 0,92-0,99) e 6% menor (RP: 0,94; IC95%: 0,89-0,99) de apresentarem um consumo leve e excessivo de bebidas alcoólicas, respectivamente.

As análises controladas para todas as variáveis independentes apontam que conforme a idade dos atletas aumenta, também aumentam as probabilidades de os mesmos terem consumo leve e excessivo de bebidas alcoólicas. A literatura vai ao encontro aos resultados do presente estudo, onde a idade é um preditor do consumo de bebidas alcoólicas na adolescência, apontando que os adolescentes mais velhos são mais propensos ao consumo leve e excessivo de bebidas alcoólicas (ELINDER et al., 2014; JORGE et al., 2017; NIÑO et al., 2017). A PeNSE (2015) aponta que cresceu em 56,6% o indicador de bebidas alcoólicas dos adolescentes com idades entre 13 a 15 anos, quando comparado aos adolescentes com idades de 16 a 17 anos (24,0% para 38,0%). Malta et al. (2014), vão na mesma direção, onde os adolescentes com 15 anos mostram probabilidades 46% maior (OR: 1,46; IC95%: 1,27-1,68), e com 16 anos ou mais, probabilidades 64% maior (OR: 1,64; IC95%: 1,40-1,92), para o consumo leve de bebidas alcoólicas, em relação aos adolescentes com 13 anos. E Matos et al. (2010) identificaram razões de prevalência de 1,20 (IC95%: 1,08-1,34) para o consumo excessivo de bebidas alcoólicas para adolescentes com 17 anos ou mais.

Com o avanço da idade, os adolescentes estão mais vulneráveis a influência de grupos sociais em que ele se insere e a busca na imagem do adulto independente, onde conflitos familiares ocorrem de maneira frequente nessa fase, e os pais exercem menor influência como moduladores de comportamento em seus filhos, dessa forma, esses fatores são fundamentais para a experimentação e o consumo regular de drogas lícitas (HUANG et al., 2014; SILVA, 2018).

Por outro lado, quanto mais engajado com a prática esportiva, ou seja, quanto maior o volume de treino semanal aumenta, as probabilidades do consumo leve e excessivo de bebidas alcoólicas diminui, porém, a literatura aponta resultados contraditórios aos nossos achados. Em revisão sistemática foram evidenciadas

associações positivas de adolescentes que realizavam a prática esportiva estruturada, de qualquer modalidade esportiva, sendo maior do que adolescentes que não realizavam o esporte sistematizado (LISHA; SUSSMAN, 2010). Kwan et al. (2014) em outra revisão sistemática, evidenciam que 82% dos estudos incluídos (14/17) apresentaram uma associação positiva entre a participação esportiva e o consumo de bebidas alcoólicas. Na mesma direção, Mays et al. (2010) mostram que o envolvimento dentro do esporte esteve associado a um aumento no consumo de bebidas alcoólicas. Os estudos incluídos dentro dessas revisões sistemáticas citadas, apresentam grandes amostras, com estudos contendo 2, 3 mil atletas adolescentes, bem diferente da amostra final do presente estudo, esse pode ser um ponto no qual os resultados foram opostos aos achados da literatura.

Os efeitos de risco da participação esportiva em relação ao uso de álcool podem estar relacionados à interação entre pares e/ou uma cultura de bebida associada a muitos esportes, afinal, o consumo de álcool é uma forma de celebração socialmente aceitável e no esporte pode haver muitas oportunidades para esse tipo de situação (KWAN et al., 2014).

Para o consumo de tabaco, a elevação de um ano na idade dos atletas adolescentes, foram apresentadas probabilidades maiores dos mesmos consumirem tabaco, tanto na análise bruta (RP: 5,44; IC95% 1,90-15,44) (tabela 5), quanto na análise ajustada (RP: 9,59; IC95%: 3,36-27,38) (tabela 6). E ainda, a elevação de cada hora de treino semanal, foi identificada uma probabilidade 20% maior (RP: 1,20; IC95%: 1,01-1,45) de estarem em tal comportamento na análise ajustada (tabela 6). As variáveis de NSE e da modalidade esportiva não puderam ser analisadas, devido ao fato da baixa exposição dos atletas adolescentes para tal comportamento (1,6%).

As análises controladas para todos os fatores indicam que, assim como para o consumo de bebidas alcoólicas, o consumo de tabaco aumenta conforme a idade avança nos atletas adolescentes. Os nossos resultados vão de encontro aos achados na literatura, onde adolescentes mais velhos, são mais susceptíveis a apresentar o consumo de tabaco (CABLE et al., 2017). Menezes et al. (2014) apontam que adolescentes com 15 anos ou mais tiveram 2,28 vezes mais chance (IC95%: 1,21-4,32) de serem usuários de cigarros que aqueles com até 14 anos. Horta et al. (2007) evidenciam que adolescentes tanto de 17, como de 18 anos, tiveram probabilidades 89% maiores, de consumirem cigarros do que os adolescentes de 15 anos (RP: 1,89;

IC95%: 1,32-2,74). Na mesma direção ainda, Horta et al. (2001) identificaram razões de chance de 2,65 (IC95%: 1,37-5,15) para adolescentes de 15 e 16 anos e de 4,35 (IC95%: 2,25-8,41) para os de 17 e 18 anos, em relação aos adolescentes de 12 a 14 anos.

Está bem claro na literatura que o consumo de tabaco, assim como os outros CRS, tem uma forte associação com a companhia dos amigos (ENNETT et al., 2008; TRUCCO et al., 2011), essas amizades demonstram uma relação forte na qual essas influências comportamentais são transmitidas, especialmente durante a adolescência (FUJIMOTO; VALENTE, 2012), devido ao aumento de atividades que são compartilhadas (FUJIMOTO; VALENTE, 2013), oportunidades que existem, âmbito social (STEINBERG; MONAHAN, 2007) e também o desejo de afirmação de colegas status social e participação em determinados grupos (CLEVELAND et al., 2008), isso ocorre conforme a idade do adolescentes avança, os tornando mais susceptíveis a adoção de CRS, como o tabaco (HUANG et al., 2014).

Assim como para a idade, conforme o volume de treino semanal aumenta, as probabilidades de os atletas consumirem tabaco também aumenta. A literatura evidencia resultados diferentes aos dos nossos achados, onde a prática esportiva foi um fator de proteção para o consumo de cigarros. Lisha e Sussman (2010) em uma revisão sistemática, afirmam uma relação inversa dos atletas que realizam a prática esportiva com o consumo de cigarros, onde a participação esportiva foi negativamente associada ao seu uso. Zenic et al. (2017) concluem que atletas adolescentes que reportaram abandonar ou sair da prática esportiva, tinham maiores probabilidades de terem o hábito de fumar (OR: 2,07; IC95%: 1,31-3,32), do que aqueles que continuavam engajados com o esporte, semelhante ao estudo de coorte prospectivo de Sekulic et al. (2017), onde o envolvimento no esporte não esteve associado ao tabagismo no início do estudo, porém, aqueles que desistiram do esporte durante a pesquisa, tiveram maiores chances de fumar ao final (OR: 1,40; IC95: 1,10-2,00), e durante o estudo (OR: 1,70; IC95: 1,10-2,90), e também, aqueles que realizavam a prática esportiva, porém como um menor engajamento (volume) no esporte, tiveram maiores chances de fumar ao final do estudo (OR: 1,50; IC95: 1,10-2,00), dessa forma, o esporte parece ser um fator importante para que os adolescentes não venham a ter o hábito de fumar. Porém nossos resultados são contraditórios, onde assim como o consumo de bebidas alcoólicas, para o consumo de tabaco a literatura evidencia o

oposto, possivelmente devido à baixa prevalência dos atletas adolescentes que reportaram ter o consumo de cigarros, além de a baixa prevalência do consumo de tabaco na presente amostra não garante um poder mínimo necessário para estimar tais associações.

Para entender melhor os motivos que levam os adolescentes aos hábitos de fumar, é necessário se considerar tanto os fatores sociais, biológicos e sociais (MENEZES et al., 2014). O Ministério da Saúde aponta que o tabagismo entre os adolescentes acontece devido a facilidade do acesso ao tabaco e das influências sociais, ambientais e genéticas (INCA, 2012). Ainda, o fato de consequências negativas no consumo de tabaco só vem a aparecer de maneira tardia, sendo assim contribui para que os adolescentes venham a fumar (MOOLCHAN et al., 2000).

Além do consumo das drogas lícitas que acabamos de citar, entre os CRS, podemos citar também o consumo de drogas ilícitas. Nossos resultados apontam que a elevação de um ano na idade dos atletas adolescentes, foram apresentadas maiores probabilidades de tal consumo, tanto na análise bruta (RP: 8,73; IC95%: 1,77-42,91) (tabela 5) quanto na análise ajustada (RP: 18,08; IC95%: 3,38-56,65) (tabela 6). Para as variáveis de NSE e modalidade esportiva, ocorreu o mesmo que no consumo de tabaco, a prevalência do desfecho não pode dar força para a associação devido a sua baixa exposição (1,4%).

As análises ajustadas vão na mesma direção do consumo de bebidas alcoólicas e de tabaco, onde conforme o adolescente fica mais velho, se tem maiores probabilidades do consumo de drogas ilícitas. A literatura vai ao encontro a esses achados, onde existe uma tendência do aumento desse consumo, apresentando prevalências elevadas e um início cada vez mais precoce (HOCH et al., 2015), onde no Brasil 10,4% dos adolescentes relataram o primeiro uso entre 10 a 12 anos, 22,5% relatando o primeiro uso entre 13 a 15 anos e 42,8% relatando o primeiro uso entre 16 a 18 anos (CARLINI et al., 2010).

A PeNSE (2015) evidenciou um aumento de 82% no consumo de drogas ilícitas dos adolescentes que possuíam de 13 a 15 anos, para os adolescentes de 16 a 17 anos, onde na mesma direção, Farias Júnior et al. (2009) identificaram um aumento de 63% (RP: 1,63; IC95%: 1,34-1,97) dos adolescentes de 15 a 17 anos para os de 18 e 19 anos. Ainda, Jorge et al. (2018) mostram que adolescentes de 17 a 19 anos apontaram razões de prevalência de 1,94 (IC95%: 1,14-3,28) e 2,08 (IC95%:

1,24-3,48) dentro dos modelos ajustados. Dessa forma, assim como em nosso estudo, a idade é um preditor para o aumento no consumo drogas tanto lícitas quanto ilícitas entre os atletas adolescentes, porém, assim como mencionado no consumo de tabaco, a baixa prevalência do consumo de drogas ilícitas na presente amostra não garante um poder mínimo necessário para estimar tais associações.

O uso precoce de drogas lícitas (principalmente a *cannabis*), está associado a maiores probabilidades do consumo de outras drogas lícitas no futuro (LYNSKEY et al., 2006), tornando isso uma dependência, além de predizer problemas psiquiátricos tardios, deixando maiores os riscos de problemas psicóticos em adolescentes vulneráveis (BROOK et al., 2002). Seu consumo está associado também a redução da escolaridade, fator que pode limitar as oportunidades de desenvolvimento individual com repercussões ao longo da vida (CHATTERJI, 2006).

Com relação ao comportamento sexual de risco dos atletas adolescentes, aqueles que reportaram nunca ter realizado relação sexual e aqueles que relataram ter se protegido na última relação sexual foram agrupados em uma mesma categoria, e outra categoria com aqueles que não se protegeram na última relação sexual. Na análise bruta, as atletas adolescentes do sexo feminino apresentaram probabilidade 89% menor (RP: 0,11; IC95%: 0,01-0,83) de aderirem tal comportamento em relação aos atletas adolescentes do sexo masculino. E a elevação a cada ano a mais da idade, foi identificada uma probabilidade 74% maior (RP:1,74; IC95%: 1,13-2,68) de os atletas adolescentes estarem em comportamento sexual de risco. Aqueles que se encontraram na classe A no NSE, demonstraram probabilidade 79% menor (RP: 0,21; IC95%: 0,06-0,72), e ainda, a elevação a cada ano a mais de treino e a cada hora de treino semanal, apresentaram probabilidade 45% (RP: 0,55; IC95%: 0,47-0,64) e 26% menor (RP: 0,74; IC95%: 0,69-0,78), respectivamente, de estarem em tal comportamento (tabela 5). Na análise ajustada as atletas adolescentes do sexo feminino demonstram probabilidade 88% menor (RP: 0,12; IC95%: 0,01-0,90) de estarem em comportamento sexual de risco em relação aos atletas adolescentes do sexo masculino. E aqueles que se encontraram na classe A no NSE, apresentaram probabilidade 72% menor (RP: 0,28; IC95%: 0,08-0,94) de estarem em tal comportamento de risco (tabela 6).

As análises multivariadas indicam que as meninas têm menores probabilidades de se envolver em comportamento sexual de risco do que os meninos.

A literatura evidencia que os meninos apresentam probabilidades maiores de terem relação sexual em comparação com as meninas (RP: 2,22; IC95%: 1,93-2,55) (SASAKI et al., 2015), porém, os resultados na literatura trazem duas direções para esse comportamento. Com relação ao risco (não utilização de preservativo na última relação), resultados opostos aos nossos achados são apontados na literatura.

Lopes, Mielke e Silva (2015) afirmam que as adolescentes do sexo feminino tiveram probabilidades 50% maior (OR: 1,50; IC95%: 1,00-2,30) de reportarem relacionamento sexual de risco em relação aos adolescentes do sexo masculino. Na mesma direção, Cruzeiro et al. (2010) concluem que as meninas apresentaram probabilidades 21% menor (RP: 0,79; IC95%: 0,67-0,94) de terem se protegido nas últimas relações sexuais, quando comparados aos meninos. E ainda, Farias Júnior et al. (2009) identificam que adolescentes do sexo masculino tiveram probabilidades 37% menor (RP:0,63; IC95%: 0,54-0,72) de terem reportado comportamento sexual de risco em relação as adolescentes do sexo feminino, diferente dos nossos achados, onde os meninos apontaram maiores probabilidades de terem o risco para este comportamento.

O esporte na adolescência tende a estar relacionado a uma maior disciplina entre os atletas, e pelo fato desta pesquisa se tratar de um público que envolve exclusivamente atletas e os pais, por uma questão cultural do Brasil, terem mais cuidado com as meninas do que com os meninos quanto a esse comportamento, pode explicar o porquê meninas têm menores probabilidades de estarem em tal comportamento.

Entretanto com relação ao NSE, nossos resultados vão de encontro a literatura, onde Cruzeiro et al. (2010), evidenciam que adolescentes das classes D e E tiveram probabilidades 24% menor (RP:0,76; IC95%: 0,61-0,95), de se protegerem nas últimas relações sexuais em comparação com a classe A.

Assim, estudos que estejam associados a relação sexual dos adolescentes é de extrema importância para subsidiar políticas de saúde público com objetivo mais específico nos problemas evidenciados. De maneira geral, os adolescentes por se sentirem jovens e saudáveis, acabam frequentando pouco os serviços de saúde (CASTRO et al., 2004), porém, nessa fase a maioria dos adolescentes está frequentando a escola e vivendo juntamente com seus pais, bem como nossa

amostra, onde eles têm o treinador como referência dentro do clube, sendo estes locais importantes para haver orientações para a saúde sexual.

Com relação ao comportamento violento, as atletas adolescentes do sexo feminino obtiveram uma probabilidade 77% menor, tanto na análise bruta (RP: 0,23; IC95%: 0,08-0,64) (tabela 5), quanto na análise ajustada (RP: 0,23; IC95%: 0,08-0,62) (tabela 6) de estarem em comportamento violento em relação aos atletas adolescentes do sexo masculino.

As análises controladas para todas variáveis independentes, apontam que as atletas adolescentes do sexo feminino possuem probabilidades menores de se envolver em brigas ou de apresentar comportamento violento em relação aos atletas adolescentes do sexo masculino. A literatura evidencia resultados semelhantes aos de nosso estudo, onde Lopes et al. (2015) apontam que as meninas tiveram probabilidades 63% menor (RP: 0,37; IC95%: 0,20-0,80) de se envolverem em comportamento violento no último ano em relação aos meninos. Bem como Farias Junior et al. (2009), evidenciam que os adolescentes do sexo masculino tiveram razões de prevalência de 2,40 (IC95%: 2,06-2,79) de terem se envolvido em algum tipo de briga nos últimos 12 meses em comparação as adolescentes do sexo feminino.

Esses resultados refletem as questões do sexo, em que os meninos se associam a vivência e expressão da agressividade e às normas sociais e culturais da sociedade atual, onde o ato de brigar é um comportamento que pode se dizer normal entre o sexo masculino (SILVA, et al., 2009; MALTA et al., 2010), dessa forma, a violência vem sendo uma grande preocupação social (MEYER et al., 2008) e também de saúde pública (REICHENHEIM et al., 2011).

Por fim, com relação ao tempo de sono durante a semana e fim de semana dos atletas adolescentes, na análise bruta, aqueles que se encontravam na classe A no NSE, reportaram uma probabilidade 90% maior (RP: 1,90; IC95%: 1,10-3,28) de estarem no baixo tempo de sono durante a semana. E aqueles que praticavam a modalidade coletiva, demonstraram uma probabilidade 37% menor (RP: 0,63; IC95%: 0,54-0,75) de apresentaram baixo tempo de sono semanal (tabela 5). Na análise ajustada, os atletas do esporte coletivo, tiveram uma probabilidade 40% menor (RP: 0,60; IC95%: 0,42-0,86) de reportarem um baixo tempo de sono durante a semana (tabela 6). Já com relação ao tempo de sono durante o fim de semana, não foram encontradas associações significativas tanto na análise bruta, quanto na ajustada.

As análises controladas para todos os fatores indicam que os atletas adolescentes que pertencem ao esporte coletivo têm menores probabilidades de evidenciarem baixo tempo de sono durante a semana em relação aos atletas adolescentes do esporte individual. Moore e Meltze (2008) afirmam que o baixo tempo de sono dos adolescentes tende a estar associado ao uso de mídias eletrônicas a noite, bem como compromissos que se tem logo pela manhã. Para os atletas é de extrema importância um sono adequado para um melhor desempenho em suas atividades, onde esse tempo de sono pode diminuir as chances de desenvolverem fatores de risco para dores musculoesqueléticas (AUVINEN et al., 2010), bem como para o seu bem-estar físico e mental (GOMES et al., 2017), dessa forma desempenhando melhor suas atividades esportivas.

O estudo apresentou algumas limitações, sendo elas: a pesquisa ser realizada com a utilização de medidas autorrelatadas para avaliar os componentes da prática esportiva, para o NSE, para o nível de atividade física e para os CRS, uma vez que elas dependem muito da compreensão dos sujeitos em relação às variáveis que estão sendo avaliadas, e apesar dos instrumentos apresentarem boa reprodutibilidade, validade concorrente e validade interna, pode superestimar ou subestimar os valores, assim na tentativa de minimizar esses vieses os pesquisadores foram treinados para auxiliar os atletas adolescentes a responderem os questionários da melhor forma possível. Adicionalmente, o instrumento utilizado para a avaliação do comportamento sedentário não contemplou de forma direta o tempo gasto no uso dos celulares e *smartphones*, o qual os adolescentes o utilizam constantemente no cenário atual. Por outro lado, a análise das variáveis esportivas com os CRS em atletas adolescentes é inexistente em literatura nacional, dessa forma foi possível verificar os diferentes desfechos em relação aos CRS nessa população, e a importância da prática esportiva. Ainda, por se tratar de atletas os quais pertenciam a clubes esportivos filiados as suas respectivas federações são considerados pontos fortes na presente investigação.

5 CONCLUSÕES

Os CRS mais elevados identificados entre os atletas adolescentes foram o baixo consumo de frutas e vegetais, consumo leve e excessivo de bebidas alcoólicas, e também o baixo tempo de sono durante a semana. Já os mais baixos foram o consumo de drogas ilícitas, consumo de tabaco e comportamento sexual de risco. Foram observadas também associações significativas entre os sexos masculino e feminino no comportamento sexual de risco e comportamento violento, onde os meninos apresentaram maiores prevalências em comparação com as meninas.

Foi possível observar que os componentes das variáveis sociodemográficas podem estar associados diferentes formas com os CRS avaliados. Pode se identificar que as atletas do sexo feminino foi fator de proteção em relação aos atletas adolescentes do sexo masculino para o comportamento sexual de risco e comportamento violento. O aumento da idade favoreceu a uma diminuição no comportamento sedentário (elevado tempo de videogame), porém a um aumento no consumo de bebidas alcoólicas (leve e excessivo), no consumo de tabaco e no consumo de drogas ilícitas nos atletas adolescentes. O NSE A foi fator de proteção para os atletas adolescentes do esporte coletivo em relação aos atletas adolescentes do esporte individual no comportamento sexual de risco.

Dentro das variáveis esportivas, pode se perceber que o esporte coletivo foi fator de proteção para o tempo de sono durante a semana em relação aos atletas adolescentes do esporte individual. O volume de treino semanal, favorece a um menor tempo de videogame, menor consumo de bebida alcoólica e ao aumento do consumo de vegetais em atletas adolescentes. Porém, o maior tempo de prática esportiva favoreceu a um aumento no comportamento sedentário (elevado tempo de TV e videogame) nos atletas adolescentes. Dessa forma, pode-se perceber que o volume de treino favorece a comportamentos benéficos a saúde, por outro lado, os anos de prática do esporte não foram tão benéficos assim, aumentos as probabilidades para o comportamento sedentário.

Sugere-se novas pesquisas que avaliem separadamente a amostra de meninos e meninas fazendo essa relação de componentes da prática esportiva com os CRS em atletas adolescentes, e também estudos que investiguem principalmente a prática esportiva com o comportamento sedentário em atletas adolescentes, visto

que existe uma escassez de estudos com essa temática, bem como uma amostra representativa da cidade de Curitiba/PR, também pode ser interessante para investigações futuras.

REFERÊNCIAS

- ABEP. Critério da classificação Econômica Brasil, 2015.
- ADAMS, P. F.; SCHOENBORN, C. A.; MOSS, A. J.; WARREN, C. W.; KANN, L. **Health risk behaviors among our Nation's youth: United States, 1992. National center for health statistics**. 10th ed. Estados Unidos, 1992.
- AINSWORTH, B. E.; HASKELL, W. L.; HERRMANN, S. D.; et al. 2011 Compendium of Physical Activities: A Update of Codes and MET Values. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, , n. 39, p. 1575–1581, 2011.
- AL-HAZZAA, H. M.; MUSAIGER, A. O.; ABAHUSSAIN, H. I.; AL-SOBAYEL; QAHWAJI, D. M. Lifestyle correlates of self-reported sleep duration among Saudi adolescents : a multicentre school-based cross-sectional study. **Child: care, health and development**, v. 40, n. 3, p. 533–542, 2014.
- ALMAGRO, B. J.; SÁENZ-LÓPEZ, P.; MORENO, J. A. Prediction of sport adherence through the influence of autonomy-supportive coaching among spanish adolescent athletes. **Journal of Sports Science and Medicine**, v. 9, n. 1, p. 8–14, 2010.
- ALMEIDA, A. F. DE; MUSSI, F. C. Tabagismo: conhecimentos, atitudes, hábitos e grau de dependência de jovens fumantes em Salvador. **Revista da Escola de Enfermagem da U S P**, v. 40, n. 4, p. 456–463, 2006.
- ALVAREZ-AGUIRRE, A.; ALONSO-CASTILLO, M. M.; ZANETTI, A. C. G. Predictive factors of alcohol and tobacco use in adolescents. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 22, n. 6, p. 1056–62, 2014.
- AMERICAN. Organized Sports for Children and Preadolescents. , v. 109, n. 3, p. 544–549, 2002.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Children, Adolescents, and Television. **American academy of pediatrics**, v. 2018, n. 2, 2001.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Alcohol Use by Youth and Adolescents: A Pediatric Concern. **Pediatrics**, v. 125, n. 5, p. 1078–1087, 2010.
- AUVINEN, J. P.; TAMMELIN, T. H.; TAIMELA, S. P.; ZITTING, P. J. Is insufficient quantity and quality of sleep a risk factor for neck , shoulder and low back pain ? A longitudinal study among adolescents. **Eur Spine J**, v. 19, p. 641–649, 2010.
- AZEVEDO, M. R.; MENEZES, A. M.; ARUMI, I.; HORTA, B. L.; HALLAL, P. C. Tracking of physical activity during adolescence : the 1993 Pelotas Birth Cohort , Brazil Atividade física ao longo da adolescência : Coorte de Nascimentos de Pelotas de 1993. **Rev Saúde Pública**, v. 48, n. 6, p. 925–930, 2014.
- BACIL, E. D. A.; PIOLA, T. S.; WATANABE, P. I.; et al. Maturação biológica e comportamento sedentário em crianças e adolescentes: uma revisão sistemática. **J. Phys. Educ**, v. 27, p. 1–10, 2015.
- BARBOSA FILHO, V. C.; CAMPOS, W. DE; BOZZA, R.; LOPES, A. D. S. The

prevalence and correlates of behavioral risk factors for cardiovascular health among Southern Brazil adolescents: a cross-sectional study. **BMC pediatrics**, v. 12, n. 1, p. 130, 2012.

BARBOSA FILHO, V. C.; CAMPOS, W. DE; LOPES, A. D. S. Prevalence of alcohol and tobacco use among Brazilian adolescents: a systematic review. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 5, p. 901–917, 2012.

BARBOSA FILHO, V. C.; CAMPOS, W. DE; LOPES, A. D. S. Epidemiology of physical inactivity, sedentary behaviors, and unhealthy eating habits among Brazilian adolescents: a systematic review. **Ciência & saúde coletiva**, v. 19, n. 1, p. 173–93, 2014.

BARUFALDI, L. A.; AZEVEDO ABREU, G. DE; OLIVEIRA, J. S.; et al. ERICA: Prevalence of healthy eating habits among Brazilian adolescents. **Revista de Saude Publica**, v. 50, n. supl 1, p. 1s–9s, 2016.

BAUMAN, A. E. Updating the evidence that physical activity is good for health: an epidemiological review 2000–2003. **Journal of science and medicine in sport / Sports Medicine Australia**, v. 7, n. 1 Suppl, p. 6–19, 2004.

BERNARDES, A. G.; YAMAJI, B. H. S.; GUEDES, D. P. Motivos para prática de esporte em idades jovens: Um estudo de revisão. **Motricidade**, v. 11, n. 2, p. 163–173, 2015.

BLEYER, F. T. DE S.; BARBOSA, D. G.; ANDRADE, R. D.; TEIXEIRA, C. S.; FELDEN, É. P. G. Sleep and musculoskeletal complaints among elite athletes of Santa. **Rev Dor. São Paulo**, v. 16, n. 2, p. 102–108, 2015.

BÖHME, M. T. Relações entre aptidão física, esporte e treinamento esportivo. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 11, p. 97–104, 2003.

BRANDÃO, M. N. F.; CORTELA, C. C.; ABURACHID, L. M. C.; BALBINOTTI, C. A. A.; SILVA, M. J. C. E. A trajetória de tenistas infantojuvenis: idade de iniciação, treinamento técnico, cargas, lesões e suporte parental. **Journal of Physical Education**, v. 26, n. 1, p. 31–42, 2015.

BRITO, A. L. DA S.; HARDMAN, C. M.; BARROS, M. V. G. DE. Prevalence and factors associated with the co-occurrence of health risk behaviors in adolescents. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 33, n. 4, p. 423–430, 2015.

BROOK, D. W.; BROOK, J. S.; ZHANG, C.; COHEN, P.; WHITEMAN, M. Drug Use and the Risk of Major Depressive Disorder, Alcohol Dependence, and Substance Use Disorders. **Arch Gen Psychiatry**, v. 59, 2002.

CABLE, N.; FRANCISCA, M.; MELLA, R.; KELLY, Y. What could keep young people away from alcohol and cigarettes? Findings from the UK Household Longitudinal Study. **BMC Public Health**, v. 17, n. 371, p. 1–6, 2017.

CARDOSO, S.; SANTOS, O.; NUNES, C.; LOUREIRO, I. Escolhas e hábitos alimentares em adolescentes: associação entre padrões alimentares do agregado familiar. **Revista Portuguesa de Saude Publica**, v. 33, n. 2, p. 128–136, 2015.

CARLINI, E. L. DE A.; NOTO, A. R.; SANCHEZ, Z. VAN DER M.; et al. VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras 2010. **CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo. SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Brasília – SENAD**, 2010.

CARSKADON, M. A. Sleep in Adolescents: The Perfect Storm. **Pediatr Clin North Am**, v. 58, n. 3, p. 637–647, 2012.

CARSKADON, M. A.; ACEBO, C.; JENNI, O. G. Regulation of adolescent sleep: implications for behavior. **New York: Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 1, p. 276–91, 2004.

CARSON, V.; TREMBLAY, M. S.; CHAPUT, J.; CHASTIN, S. F. M. Associations between sleep duration , sedentary time , physical activity , and health indicators among Canadian children and youth using compositional analyses 1. **Appl. Physiol. Nutr. Metab.**, v. 302, n. June, p. 294–303, 2016.

CASPERSEN, C. J.; PEREIRA, M. A.; CURRAN, K. M. Changes in physical activity patterns cross-sectional age. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, , n. December 1999, p. 1601–1609, 2000.

CASTRO, M. G.; ABRAMOVAY, M.; SILVA, L. B. **Juventude e sexualidade**. Brasília, 2004.

CDC. Guidelines for school and community programs to promote lifelong physical activity among young people. National center for chronic disease prevention and health promotion, centers for disease control and prevention. **The Journal of school health**, v. 67, n. 6, p. 202–19, 1997.

CDC. Youth Risk Behavior Surveillance - United States, 2005. **MMWR**, v. 55, n. 5, p. 1–108, 2006.

CDC. Youth Risk Behavior Surveillance — United States , 2015. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 65, n. 6, 2016.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention, 2018.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. **UNIFESP**, v. 106, p. 1–31, 2006.

CERIN, E.; FRANK, L. D.; SALLIS, J. F.; et al. From neighborhood design and food options to residents' weight status. **Appetite**, v. 56, n. 3, p. 693–703, 2011.

CHARILAOU, M.; KAREKLA, M.; CONSTANTINOU, M.; PRICE, S. Relationship between physical activity and type of smoking behavior among adolescents and young adults in Cyprus. **Nicotine & Tobacco Research**, v. 11, n. 8, p. 969–76, 2009.

CHATTERJI, P. Illicit drug use and educational attainment. **Health Economics**, v. 15, n. 5, p. 489–511, 2006.

CHOQUET, M.; ARVERS, P. Sports practices and violent behaviors in 14-16 year-

olds: analysis based on the ESPAD 99 survey data. **Ann Med Interne**, v. 154, n. 2, p. 15–22, 2003.

CLEVELAND, M. J.; FEINBERG, M. E.; BONTEMPO, D. E.; GREENBERG, M. T. The Role of Risk and Protective Factors in Substance Use across Adolescence. **J Adolesc Health**, v. 43, n. 2, p. 157–164, 2008.

CONG, Y. J.; GAN, Y.; SUN, H. L.; et al. Association of sedentary behaviour with colon and rectal cancer : a meta-analysis of observational studies mode. **British Journal of Cancer**, v. 110, p. 817–826, 2014.

CORDER, K.; ATKIN, A. J.; EKELUND, U.; SLUIJS, E. M. F. VAN. What do adolescents want in order to become more active? **BMC Public Health**, v. 13, n. 718, 2013.

COUTINHO, E. S. F.; FRANÇA-SANTOS, D.; MAGLIANO, E. DA S.; et al. ERICA : padrões de consumo de bebidas alcoólicas em adolescentes brasileiros. **Rev Saúde Pública**, v. 50, n. 1, p. 1–9, 2016.

CRUZEIRO, A. L. S.; SOUZA, L. D. DE M.; SILVA, R. A. DA; et al. Comportamento sexual de risco : fatores associados ao número de parceiros sexuais e ao uso de preservativo em adolescentes. **Ciência & saúde coletiva**, v. 15, n. 1, p. 1149–1158, 2010.

CURRIE, C.; ZANOTTI, C.; MORGAN, A.; et al. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2009/2010 survey. **Health policy for children and adolescents**, , n. 6, p. 1–272, 2012.

DAMASCENO, A.; MARCHI, L. F.; SATO, L. A.; et al. Uso de suplementos alimentares por atletas adolescentes de diferentes modalidades esportivas. **Revista Brasileira de Nutrição Esportiva**, v. 11, n. 65, p. 627–635, 2017.

DOMINGOS, I. P.; GONÇALVES, R. M. V. Prevalence and factors associated with sedentary behavior in adolescents. **Rev Saúde Pública**, v. 48, n. 2, p. 266–274, 2014.

DORTCH, K. S.; GAY, J.; SPRINGER, A.; III, H. W. K. The Association Between Sport Participation and Dietary Behaviors Among Fourth Graders in the School Physical Activity and Nutrition Survey ,. **American Journal of Health Promotion**, v. 29, n. 2, p. 99–107, 2014.

DUNN, J. G. H.; DUNN, J. C. Goal Orientations, Perceptions of Aggression, and Sportspersonship in Elite Male Youth Ice ey Players.pdf. **The sport psychologist**, v. 13, p. 183–200, 1999.

ELICKER, E.; BRANCO-AC, R.; MEDICINA, F. DE; et al. Uso de álcool , tabaco e outras drogas por adolescentes escolares de Porto Velho-RO , Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 24, n. 3, p. 399–410, 2015.

ELINDER, L. S.; HEINEMANS, N.; ZEEBARI, Z.; PATTERSON, E. Longitudinal changes in health behaviours and body weight among Swedish school children - associations with age , gender and parental education – the SCIP school cohort. **BMC pediatrics**, v. 14, p. 1–9, 2014.

ELLICKSON, P. L.; TUCKER, J. S.; KLAIN, D. J. Ten-Year Prospective Study of Public Health Problems Associated With Early Drinking. **Pediatrics**, v. 111, n. 5, 2003.

ENNETT, S. T.; FARIS, R.; HIPPI, J.; BAUMAN, K. E.; CAI, L. Peer Smoking, Other Peer Attributes, and Adolescent Cigarette Smoking: A Social Network Analysis. **Prev Sci**, v. 9, n. 2, 2008.

EWING, B. T. High school athletes and marijuana use. **Journal of Drug Education**, v. 28, n. 2, p. 147–157, 1998.

EXEL, J.; MATEUS, N.; TRAVASSOS, B.; et al. Off-Training Levels of Physical Activity and Sedentary Behavior in Young Athletes : Preliminary Results during a Typical Week. **Sports**, v. 6, n. 141, p. 1–10, 2018.

FARIAS JÚNIOR, J. C. DE; LOPES, A. DA S.; MOTA, J.; et al. Validade e reprodutibilidade de um questionário para medida de atividade física em adolescentes: uma adaptação do Self-Administered Physical Activity Checklist. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, n. 1, p. 198–210, 2012.

FARIAS JÚNIOR, J. C. DE; NAHAS, M. V.; BARROS, M. V. G. DE; et al. Comportamentos de risco à saúde em adolescentes no Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 25, n. 4, p. 344–352, 2009.

FEIJÓ, R. B.; OLIVEIRA, É. A. Comportamento de risco na adolescência. **Jornal de pediatria**, v. 77, n. 2, p. 125–134, 2001.

FELDEN, É. P. G.; FILIPIN, D.; BARBOSA, D. G.; et al. Fatores associados à baixa duração do sono em adolescentes. **Revista Paulista de Pediatria (English Edition)**, v. 34, n. 1, p. 64–70, 2016.

FERMINO, R. C.; RECH, C. R.; HINO, A. A. F.; RODRIGUEZ AÑEZ, C. R.; REIS, R. S. Atividade física e fatores associados em adolescentes do ensino médio de Curitiba, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 6, p. 986–995, 2010.

FIGUEIREDO, V. C.; SALEM, A.; SZKLO; et al. ERICA : prevalência de tabagismo em adolescentes brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. supl 1, p. 1–10, 2016.

FLEIG, L.; KÜPER, C.; LIPPKE, S.; SCHWARZER, R.; WIEDEMANN, A. U. Cross-behavior associations and multiple health behavior change : A longitudinal study on physical activity and fruit and vegetable intake. n. 9, 2015.

FORD, E. S.; CASPERSEN, C. J. Sedentary behaviour and cardiovascular disease: a review of prospective studies. **Int J Epidemiol**, v. 41, n. 5, p. 1338–1353, 2015.

FORD, J. A. Substance use among college athletes: A comparison based on sport/team affiliation. **Journal of American College Health**, v. 55, n. 6, p. 367–373, 2007.

FOSTER, R. G.; WULFF, K. The rhythm of rest and excess. **Nature Rev Neurosci**, v. 6, n. 5, p. 407–14, 2005.

FUJIMOTO, K.; VALENTE, T. W. Social Network Influences on Adolescent Substance Use: Disentangling Structural Equivalence from Cohesion. **Soc Sci Med**, v. 74, n. 12, p. 1952–1960, 2012.

FUJIMOTO, K.; VALENTE, T. W. Alcohol Peer Influence of Participating in Organized School Activities: A Network Approach. **Health Psychol**, v. 32, n. 10, p. 1084–1092, 2013.

GARBER, C. E.; BLISSMER, B.; DESCHENES, M. R.; et al. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: Guidance for prescribing exercise. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v. 43, n. 7, p. 1334–1359, 2011.

GOMES, G. C.; PASSOS, M. H. P. DOS; SILVA, H. A.; et al. Qualidade do sono e sua associação com sintomas psicológicos em atletas adolescentes. **Rev Paul Pediatr**, v. 35, n. 3, p. 316–321, 2017.

GORDON-LARSEN, P.; NELSON, M. C.; POPKIN, B. M. Adolescence to Adulthood. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 27, n. 4, p. 277–83, 2004.

GRØNTVED, A.; FRANK, B. Television Viewing and Risk of Type 2 Diabetes, Cardiovascular Disease, and All-Cause Mortality A Meta-analysis. , v. 48, n. 2, p. 205–212, 2016.

GUEDES, D. P.; LOPES, C. C. Validação da versão brasileira do Youth Risk Behavior Survey 2007. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 5, p. 840–850, 2010.

GUEDES, D. P.; NETTO, J. E. S. Sports practice motives in young athletes and associated factors. **Revista da Educação Física / UEM**, v. 24, n. 1, p. 21–31, 2013.

GUERRA, P. H.; FARIAS JÚNIOR, D. J. C.; FLORINDO, A. A. Comportamento sedentário em crianças e adolescentes brasileiros : revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, p. 1–15, 2016.

GUERRA, P. H.; FARIAS JÚNIOR, J. C. DE; FLORINDO, A. A. Comportamento sedentário em crianças e adolescentes brasileiros : revisão sistemática. **Revista de Saude Publica**, v. 50, n. 9, p. 1–15, 2016.

GUNAWARDENA, N.; KUROTANI, K.; INDRAWANSA, S.; et al. School-based intervention to enable school children to act as change agents on weight, physical activity and diet of their mothers: a cluster randomized controlled trial. **The international journal of behavioral nutrition and physical activity**, v. 13, p. 45, 2016.

HABEL, M. A.; DITTUS, P. J.; ROSA, C. J. DE; CHUNG, E. Q.; KERNDT, P. R. Daily Participation in Sports and Students' Sexual Activity. **Perspectives on Sexual and Reproductive Health**, v. 42, n. 4, p. 244–250, 2010.

HALLAL, P. C.; ANDERSEN, L. B.; BULL, F. C.; et al. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. **The Lancet**, v. 380, p. 247–257, 2012.

HALLAL, P. C.; BAUMAN, A. E.; HEATH, G. W.; et al. Physical activity: More of the same is not enough. **The Lancet**, v. 380, n. 9838, p. 190–191, 2012.

HOCH, E.; BONNETN, U.; THOMASIUS, R.; et al. Risks associated with the non-medicinal use of cannabis. **Deutsches Ärzteblatt international**, v. 112, n. 16, p. 271–278, 2015.

HORST, K. VAN DER; PAW, M. J. C. A.; TWISK, J. W. R.; MECHELEN, W. VAN. A brief review on correlates of physical activity and sedentariness in youth. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v. 39, n. 8, p. 1241–1250, 2007.

HORTA, B. L.; CALHEIROS, P.; PINHEIRO, R. T.; TOMASI, E.; COSTA, K. Tabagismo em adolescentes de área urbana na região Sul do Brasil Tobacco smoking among teenagers in an urban area in Southern Brazil. **Rev Saúde Pública**, v. 35, n. 2, p. 159–164, 2001.

HORTA, R. L.; HORTA, B. L.; PINHEIRO, R. T.; MORALES, B.; STREY, M. N. Tabaco , álcool e outras drogas entre adolescentes em Pelotas , Rio Grande do Sul , Brasil : uma perspectiva de gênero Tobacco , alcohol , and drug use by teenagers in Pelotas , Rio Grande do Sul State , Brazil : a gender approach. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p. 775–783, 2007.

HUANG, G. C.; SOTO, D.; FUJIMOTO, K.; VALENTE, T. W. The Interplay of Friendship Networks and Social Networking Sites : Longitudinal Analysis of Selection and Influence Effects on Adolescent Smoking and Alcohol Use. **American Journal of Public Health**, v. 104, n. 8, p. 51–59, 2014.

HUANG, Y.; WANG, C.; GUILLEMINAULT, C. An epidemiologic study of sleep problems among adolescents in North Taiwan. **Sleep Medicine**, v. 11, n. 10, p. 1035–1042, 2010.

HULTEEN, R. M.; SMITH, J. J.; MORGAN, P. J.; et al. Global participation in sport and leisure-time physical activities : A systematic review and meta-analysis. **Preventive Medicine**, v. 95, p. 14–25, 2017.

INCA. Jovens e mulheres na mira da indústria do tabaco. 2012.

INCA, I. N. DO C.-. Vigescola: vigilância de tabagismo em escolares - dados e fatos de 12 capitais brasileiras. **Vigilância de tabagismo em escola**, v. 1, p. 32, 2004..

INTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção da saúde**. Rio de Janeiro, 2010.

JORGE, K. O.; KAWACHI, I.; PORDEUS, I. A. Peer group influence and illicit drug use among adolescent students in Brazil : a cross-sectional study Influência do grupo de pares e uso de drogas ilícitas entre adolescentes brasileiros : um estudo transversal La influencia del grupo y el consumo de dr. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 3, 2018.

JORGE, K. O.; VALE, M. P.; KAWACHI, I. Binge drinking and associated factors among adolescents in a city in southeastern Brazil : a longitudinal study Consumo excessivo de álcool e fatores associados entre adolescentes de cidade do Sudeste brasileiro : um estudo longitudinal Consumo excesivo d. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 1–13, 2017.

JULIO, C.; GRECO, P. J. Cognição & ação nos jogos esportivos coletivos. **Ciência & Cognição**, v. 15, n. 1, p. 252–271, 2010.

JÚNIOR, D. DE J. **Esporte e atividade física na infância e na adolescência**. 2nd ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

JUZWIAK, C. R.; PASCHOAL, V. C. P.; LOPEZ, F. A. Nutrição e atividade física. **Jornal de Pediatria**, v. 76, n. 3, p. 349–358, 2000.

KAREN, T. M.; DEANNA, U.; HISHINUMA, E. S. Essential Elements for Community Engagement in Evidence-Based Youth Violence Prevention. **Am J Community Psychol**, v. 48, p. 120–132, 2011.

KATZMARZYK, P. T.; LEE, I. Sedentary behaviour and life expectancy in the USA : a cause-deleted life table analysis. **BMJ Open**, v. 2, p. 1–8, 2012.

KILPATRICK, D. G.; RUGGIERO, K. J.; ACIERNO, R.; et al. Violence and Risk of PTSD , Major Depression , Substance Abuse / Dependence , and Comorbidity : Results From the National Survey of Adolescents. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 71, n. 4, p. 692–700, 2003.

KJØNNIKSEN, L.; TORSHEIM, T.; WOLD, B. Tracking of leisure-time physical activity during adolescence and young adulthood : a 10-year longitudinal study. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 5, n. 69, p. 1–11, 2008.

KORHONEN, T.; KUJALA, U. M.; ROSE, R. J.; KAPRIO, J. Physical Activity in Adolescence as a Predictor of Alcohol and Illicit Drug Use in Early Adulthood: A Longitudinal Population Based Twin Study. **Twin Res Hum Genet**, v. 12, n. 3, p. 261–268, 2009.

KULIG, K. . B; BRENER, N. D. .; MCMANUS, T. . Sexual activity and substance use among adolescents by category of physical activity plus team sports participation. **Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine**, v. 157, n. 9, p. 905–912, 2003.

KWAN, M.; BOBKO, S.; FAULKNER, G.; DONNELLY, P.; CAIRNEY, J. Sport participation and alcohol and illicit drug use in adolescents and young adults: A systematic review of longitudinal studies. **Addictive Behaviors**, v. 39, n. 3, p. 497–506, 2014.

KWAN, M. Y.; CAIRNEY, J.; FAULKNER, G. E.; PULLENAYEGUM, E. E. Physical activity and other health-risk behaviors during the transition into early adulthood: A longitudinal cohort study. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 42, n. 1, p. 14–20, 2012.

LEE, I.-M.; SHIROMA, E. J.; LOBELO, F.; et al. Impact of Physical Inactivity on the World's Major Non-Communicable Diseases. **Lancet**, v. 380, n. 9838, p. 219–229, 2012.

LEE, I. M.; SHIROMA, E. J.; LOBELO, F.; et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: An analysis of burden of disease and life expectancy. **The Lancet**, v. 380, n. 9838, p. 219–229, 2012.

LEGNANI, E.; LEGNANI, R. F. S.; SILVA LOPES, A. DA; et al. Comportamentos de risco à saúde cardiovascular em escolares da Tríplice Fronteira. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 14, n. 1, 2009.

LEGNANI, R. F. S.; LEGNANI, E.; GASPAROTTO, G. DA S.; et al. Artigos de revisão. **Rev. Educ. Fís/UEM**, v. 26, n. 1, p. 147–156, 2015.

LESJAK, V.; STANOJEVIĆ-JERKOVIĆ, O. Physical Activity, Sedentary Behavior and Substance use Among Adolescents in Slovenian Urban Area / Telesna Aktivnost, Oblike Sedečega Vedenja In Uživanje Psihoaktivnih Snovi Med Mladostniki V Slovenskem Urbanem Okolju. **Slovenian Journal of Public Health**, v. 54, n. 3, p. 168–174, 2015.

LISHA, N. E.; SUSSMAN, S. Relationship of high school and college sports participation with alcohol, tobacco, and illicit drug use: A review. **Addictive Behaviors**, v. 35, n. 5, p. 399–407, 2010.

LOPES, C. C. **Tradução, adaptação transcultural e propriedades psicométricas do Youth Risk Behavior Survey Questionnaire Versão 2007**, 2008.

LOPES, S. V.; MIELKE, G. I.; SILVA, M. C. DA. Comportamentos de risco relacionados à saúde em adolescentes escolares da zona rural. **Mundo da Saude**, v. 39, n. 3, p. 269–278, 2015.

LOWRY, R.; MICHAEL, S.; DEMISSIE, Z.; KANN, L.; GALUSKA, D. A. Associations of Physical Activity and Sedentary Behaviors with Dietary Behaviors among US High School Students. **Journal of obesity**, 2015.

LYNSKEY, M. T.; VINK, J. M.; BOOMSMA, D. I. Early Onset Cannabis Use and Progression to other Drug Use in a Sample of Dutch Twins. **Behavior Genetics**, v. 36, n. 2, 2006.

MACKAY, J.; ERIKSEN, M. The Tobacco Atlas. **Geneva: World Health Organization**, 2002.

MAK, K.; LEE, S.; HO, S.; LO, W.; LAM, T. Sleep and Academic Performance in Hong Kong Adolescents. **J School Health**, v. 82, n. 11, p. 522–527, 2012.

MALTA, D. C.; MASCARENHAS, M. D. M.; PORTO, D. L.; BARRETO, S. M.; MORAIS NETO, O. L. DE. Exposure to alcohol among adolescent students and associated factors. **Revista de Saude Publica**, v. 48, n. 1, p. 52–62, 2014.

MALTA, D. C.; SOUZA, E. R. DE; SILVA, M. M. A.; et al. Vivência de violência entre escolares brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 3053–3063, 2010.

MARTINS, M. D. O.; EDILEIDE, F.; MAIA, S. associação entre comportamento sedentário e fatores psicossociais e ambientais em adolescentes da região nordeste do Brasil. **Rev Bras Ativ Fis e Saúde**, v. 17, n. 2, p. 143–150, 2012.

MATOS, A. M. DE; CARVALHO, R. C. DE; COSTA, M. C. O.; GOMES, K. E. P. DE S.; DEPARTAMENTO, L. M. S. Consumo frequente de bebidas alcoólicas por adolescentes escolares: estudo de fatores associados. **Rev Bras Epidemiol**, v. 13, n. 2, p. 302–313, 2010.

MAYS, D.; DEPADILLA, L.; THOMPSON, N. J.; KUSHNER, H. I.; WINDLE, M. Sports participation and problem alcohol use. A multi-wave national sample of adolescents. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 38, n. 5, p. 491–498, 2010.

MCCAMBRIDGE, J.; MCALANEY, J.; ROWE, R. Adult consequences of late

adolescent alcohol consumption: A systematic review of cohort studies. **PLoS Medicine**, v. 8, n. 2, 2011.

MCKNIGHT-EILY, L. R.; EATON, D. K.; LOWRY, R.; et al. Relationships between hours of sleep and health-risk behaviors in US adolescent students. **Preventive Medicine**, v. 53, n. 4–5, p. 271–273, 2011.

MEDEIROS, F.; SILVA, D. A.; SMITH-MENEZES, A.; FÁTIMA, D.; DUARTE, S. Consumo de frutas e vegetais associado a outros comportamentos de risco em adolescentes no Nordeste do Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 34, n. 3, p. 309–315, 2016.

MELKEVIK, O.; TORSHEIM, T.; IANNOTTI, R. J.; WOLD, B. Is spending time in screen-based sedentary behaviors associated with less physical activity: a cross national investigation. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 7, n. 46, p. 1–10, 2010.

MENDES, K.; CATÃO, L. Avaliação Do Consumo De Frutas , Legumes E Verduras Por Adolescentes De Formiga – Mg E Sua Relação Com Fatores Socioeconômicos. **Alimentos e Nutrição Araraquara**, v. 21, n. 2, p. 291–296, 2010.

MENEZES, A. H. R.; DALMAS, J. C.; SCARINCI, I. C.; MACIEL, S. M.; CARDELLI, A. A. M. Fatores associados ao uso regular de cigarros por adolescentes estudantes de escolas públicas de Londrina , Paraná , Brasil Factors associated with regular cigarette smoking by adolescents from public schools in Londrina , Paraná , Brazil Factores asociad. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 4, p. 774–784, 2014.

MEYER, A. L.; COHEN, R.; EDMONDS, T.; MASHO, S. Developing a Comprehensive Approach to Youth Violence Prevention in a Small City. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 34, p. 13–20, 2008.

MOOLCHAN, E. T.; ERNST, M.; PH, D.; HENNINGFIELD, J. E.; PH, D. A Review of Tobacco Smoking in Adolescents : **J Am Acad Child adolesc Psychiatry**, v. 39, n. 6, p. 682–693, 2000.

MOORE, M.; MELTZER, L. J. The sleepy adolescent: causes and consequences of sleepiness in teens. **Paediatric Respiratory Reviews**, v. 9, p. 114–121, 2008.

MOREIRA, V. J. P.; SILVA MATIAS, C. J. A. DA; GRECO, P. J. A influência dos métodos de ensino-aprendizagem-treinamento no conhecimento tático processual no futsal. **Motriz. Revista de Educacao Fisica**, v. 19, n. 1, p. 84–98, 2013.

MUNIZ, L. C.; ZANINI, R. DE V.; SCHNEIDER, B. C.; et al. Prevalência e fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras entre adolescentes de escolas públicas de Caruaru, PE. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 2, p. 393–404, 2013.

NELSON, M. C.; GORDON-LARSEN, P. Physical Activity and Sedentary Behavior Patterns Are Associated With Selected Adolescent Health Risk Behaviors. **American Academy of Pediatrics**, v. 117, n. 4, 2006.

NETO, A. S.; SANTOS, G. C. DOS; SENA, J. S.; et al. ATIVIDADE FÍSICA E FATORES ASSOCIADOS Á PREVALÊNCIA DE SÍNDROME. **Rev. Educ. Fís/UEM**, v. 25, n. 4, p. 619–628, 2014.

NETO, C.; FRAGA, S.; RAMOS, E. Consumo de substâncias ilícitas por adolescentes portugueses. **Revista de Saude Publica**, v. 46, n. 5, p. 808–815, 2012.

NEUTZLING, M. B.; ARAÚJO, C. L. P.; VIEIRA, M. DE F. A.; HALLAL, P. C.; MENEZES, A. M. B. Frequência de consumo de dietas ricas em gordura e pobres em fibra entre adolescentes. **Revista de Saude Publica**, v. 41, n. 3, p. 336–342, 2007.

NIÑO, M. D.; CAI, T.; MOTA-BACK, X.; COMEAU, J. Gender differences in trajectories of alcohol use from ages 13 to 33 across Latina / o ethnic groups. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 180, n. August, p. 113–120, 2017.

ORTEGA, F. B.; CHILLÓN, P.; RUIZ, J. R.; et al. Sleep patterns in Spanish adolescents : associations with TV watching and leisure-time physical activity. **Eur J Appl Physiol**, v. 110, p. 563–573, 2010.

OWENS, J. Insuf fi cient Sleep in Adolescents and Young Adults : An Update on Causes and Consequences. **American academy of pediatrics**, v. 134, n. 3, 2014.

PATE, R. R.; MITCHELL, J. A.; BYUN, W.; DOWDA, M. Sedentary behaviour in youth. **Br J Sports Med**, v. 45, p. 906–913, 2011.

PATE, R. R.; TROST, S. G.; LEVIN, S.; DOWDA, M. Sports Participation and Health-Related Behaviors Among US Youth. **Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine**, v. 154, p. 904–911, 2000.

PEDERSEN, W.; SOEST, T. VON. Tobacco use among Norwegian adolescents : from cigarettes to snus. **Addiction**, v. 109, p. 1154–1162, 2014.

PENSE. **Pesquisa Nacional de Saúde Escolar, PENSE 2015**. 2015.

PEREIRA, É. F.; BARBOSA, D. G.; ANDRADE, R. D.; et al. Sono e adolescência : quantas horas os adolescentes precisam dormir? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 6, n. 5, p. 407–14, 2015.

PEREIRA, É. F.; LOUZADA, F. M. Increased commuting to school time reduces sleep duration in adolescents. **Chronobiol Int**, v. 31, n. 1, p. 87–94, 2014.

PEREIRA, É. F.; TEIXEIRA, C. S.; LOUZADA, F. M. Sonolência diurna excessiva em adolescentes : prevalência e fatores associados. **Rev Paul Pediatr**, v. 28, n. 1, p. 98–103, 2010.

PERETTI-WATEL, P.; GUAGLIARDO, V.; VERGER, P.; et al. Sporting activity and drug use : alcohol , cigarette and cannabis use among elite student athletes. , p. 1249–1256, 2003.

PERETTI-WATEL, P.; SPIRE, B.; LERT, F.; OBADIA, Y. Drug use patterns and adherence to treatment among HIV-positive patients: evidence from a large sample of French outpatients (ANRS-EN12-VESPA 2003). **Drug and Alcohol Dependence**, v. 82, n. 1, 2006.

PINTO, T. R.; PINTO, J. C.; REBELO-PINTO, H.; PAIVA, T. O sono em adolescentes portugueses : Proposta de um modelo tridimensional. **Análise Psicológica**, v. 4, p. 339–352, 2016.

POOL, A. C.; PATTERSON, F.; LUNA, I. Y.; HOHL, B.; BAUER, K. W. Ten-Year Secular Trends in Youth Violence : Results From the Philadelphia Youth Risk Behavior Survey 2003-2013. **Jornal of School Health**, v. 87, n. 4, 2017.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. DOS. Família e adolescência: A influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. **Psicologia em Estudo**, v. 12, n. 2, p. 247–256, 2007.

REICHENHEIM, M. E.; SOUZA, E. R. DE; MORAES, C. L.; et al. Violence and injuries in Brazil: The effect, progress made, and challenges ahead. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1962–1975, 2011.

REINALDO, J. M.; SILVA, D. G. DA; MATOS, R. C.; LEITE, M. M. R.; MENDES-NETTO, R. S. Inadequação nutricional na dieta de atletas adolescentes. **ABCS Health Sci**, v. 41, n. 3, p. 156–162, 2016.

ROOS, E.; LEHTO, R.; RAY, C. Parental family food choice motives and children's food intake. **Food Quality and Preference**, v. 24, n. 1, p. 85–91, 2012.

SABO, D. F.; MILLER, K. E.; FARRELL, M. P.; MELNICK, M. J.; BARNES, G. M. High school athletic participation, sexual behavior and adolescent pregnancy: A regional study. **Journal of Adolescent Health**, v. 25, n. 3, p. 207–216, 1999.

SAMARA, K.; CORDEIRO, V.; FILHO, B.; et al. Gender differences in the clustering patterns of risk behaviours associated with non-communicable diseases in Brazilian adolescents. **Preventive Medicine**, v. 65, p. 77–81, 2014.

SANTOS, G. C. DOS; NETO, A. S.; SENA, J. S.; CAMPOS, W. DE. Atividade física em adolescentes : uma comparação entre os sexos , faixas etárias e classes econômicas Physical activity in adolescents : a comparison between genders , ages group and economic class. **Rev Bras Ativ Fis e Saúde**, v. 19, n. 4, p. 455–464, 2014.

SASAKI, R. S. A.; LELES, C. R.; MALTA, D. C.; SARDINHA, L. M. V.; FREIRE, M. DO C. M. Prevalência de relação sexual e fatores associados em adolescentes escolares de Goiânia, Goiás, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 95–104, 2015.

SCHOLES-BALOG, K. E.; HEMPHILL, S. A.; KREMER, P. J.; TOUMBOUROU, J. W. Relationships Between Sport Participation , Problem Alcohol Use , and Violence : A Longitudinal Study of Young Adults in Australia. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 31, n. 8, p. 1501–1530, 2016.

SEKULIC, D.; SISIC, N.; TERZIC, A.; et al. Sport and scholastic factors in relation to smoking and smoking initiation in older adolescents : a prospective cohort study in Bosnia and Herzegovina. **BMJ Open**, v. 7, p. 1–9, 2017.

SHRIER, L. A.; EMANS, S. J.; WOODS, E. R.; DURANT, R. H.; PH, D. The Association of Sexual Risk Behaviors and Problem Drug Behaviors in High School Students. **Journal of Adolescent Health**, v. 20, p. 377–383, 1996.

SILVA-LIMA, S. B. DA; FERREIRA-LIMA, W.; BANDEIRA-LIMA, F. É.; et al. Comportamento sedentário e fatores associados em estudantes espanhóis e brasileiros. **Ciência & Movimento**, v. 256, n. 1, p. 116–223, 2018.

SILVA, F. M. DE A.; SMITH-MENEZES, A.; DUARTE, M. DE F. DA S. Consumption of fruits and vegetables associated with other risk behaviors among adolescents in Northeast Brazil. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 34, n. 3, p. 309–315, 2016.

SILVA, K. S. DA; NAHAS, M. V.; HOEFELMANN, L. P.; LOPES, A. DA S.; OLIVEIRA, E. S. DE. Associações entre atividade física, índice de massa corporal e comportamentos sedentários em adolescentes. **Rev Bras Epidemiol**, v. 11, n. 1, p. 159–168, 2008.

SILVA, M. P. DA. **Atividade física e comportamentos de risco à saúde de adolescentes de Curitiba - 2015 a 2017: um estudo de coorte prospectivo**, 2018. Universidade Federal do Paraná.

SILVA, P. V. C.; JUNIOR, L. C. Efeitos da atividade física para a saúde de crianças e adolescentes The effects of physical activity on the health of children and adolescents. **Psicologia Argumento**, v. 29, n. 64, p. 41–50, 2011.

SILVA, R. A. DA; JANSEN, K.; GODOY, R. V.; et al. Prevalência e fatores associados a porte de arma e envolvimento em agressão física entre adolescentes de 15 a 18 anos: estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 12, p. 2737–2745, 2009.

SILVA, S. M.; KNUTH, A. G.; DUCA, G. F. DEL; et al. Prevalência e fatores associados à prática de esportes individuais e coletivos em adolescentes pertencentes a uma coorte de nascimentos. **Revista Brasileira de Educação Física**, v. 23, n. 3, p. 263–274, 2009.

SIMONS-MORTON, B. G.; MCKENZIE, T. J.; STONE, E.; et al. Physical activity in a multiethnic population of third graders in four states. **American Journal of Public Health**, v. 87, n. 1, p. 45–50, 1997.

SOARES, M. M.; LAZZAROTTO, A. R.; WACLAWOVSKY, G.; LANCHO, J. L. A. Estudo epidemiológico sobre os objetivos dos adolescentes com a prática de atividade físico-desportiva. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 17, n. 2, p. 88–91, 2011.

SOUSA, C.; CRUZ, J.; TORREGROSA, M.; VILCHES, D.; VILADRICH, C. Evaluación conductual y personalizado a entrenadores (PAPE) de desportistas jóvenes. **Revista de Psic**, v. 15, p. 263–278, 2006.

SPERLICH, B.; BECKER, M.; HOTH, A.; et al. Sedentary Behavior among National Elite Rowers during Off-Training — A Pilot Study. **Frontiers in Physiology**, v. 8, p. 1–6, 2017.

SPRUIT, A.; VUGT, E. VAN; PUT, C. VAN DER; STOUWE, T. VAN DER; STAMS, G. J. Sports Participation and Juvenile Delinquency: A Meta-Analytic Review. **Journal of Youth and Adolescence**, v. 45, n. 4, p. 655–671, 2016.

STEELE, M. M.; RICHARDSON, B.; KENN, B.; BINDLER, R. C. Multiple Behavioral Factors Related to Weight Status in a Sample of Early Adolescents : Relationships of Sleep, Screen Time, and Physical Activity. **Children's Health Care**, v. 41, n. 4, p. 37–41, 2012.

STEINBERG, L.; MONAHAN, K. C. Age Differences in Resistance to Peer Influence. **Developmental psychology**, v. 43, n. 6, p. 1531–1543, 2007.

STRAATMANN, V. S.; OLIVEIRA, A. J.; ROSTILA, M.; LOPES, C. S. Changes in physical activity and screen time related to psychological well-being in early adolescence : findings from longitudinal study ELANA. **BMC Public Health**, v. 16, p. 1–11, 2016.

SUGLIA, S. F.; SAPRA, K. J.; KOENEN, K. C. Violence and Cardiovascular Health. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 48, n. 2, p. 205–212, 2015.

SZCZEPANSKA, B. M.-L. J. W. B. Evaluation of dietary intake of vitamins and minerals in 13-15-years-old boys from a sport school in Warsaw. **Roczniki Państwowego Zakładu Higieny**, v. 67, n. 1, p. 59–68, 2016.

TASSITANO, R. M.; MARTINS, C. M. DE L.; CABRAL, P. C.; et al. Psychosocial factors and physical activity as predictors of fruit and vegetable intake in college students. **Revista de Nutrição**, v. 29, n. 2, p. 173–183, 2016.

TENÓRIO, M. C. M.; BARROS, M. V. G. DE; TASSITANO, R. M.; et al. Atividade física e comportamento sedentário em adolescentes estudantes do ensino médio. **Rev Bras Epidemiol**, v. 115, n. 17, p. 105–117, 2010.

THOMAS, J. R.; NELSON, J. K.; SILVERMAN, S. **Métodos de Pesquisa em Atividade Física**. 5º ed. São Paulo, 2007.

TOFLER, I. R.; BUTTERBAUGH, G. J. Developmental overview of child and youth sports for the twenty-first century. **Clinics in Sports Medicine**, v. 24, n. 4 SPEC. ISS., p. 783–804, 2005.

TREMBLAY, M. S.; LEBLANC, A. G.; KHO, M. E.; et al. Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, p. 1–22, 2011.

TREMBLAY, M. S.; LEBLANC, A. G.; KHO, M. E.; et al. Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 8, n. 1, p. 98, 2011.

TRUCCO, E. M.; COLDER, C. R.; WIECZOREK, W. F. Vulnerability to Peer Influence: A Moderated Mediation Study of Early Adolescent Alcohol Use Initiation. **Addict Behav**, v. 36, n. 7, p. 729–736, 2011.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report. **Washington DC US**, v. 67, n. 2, p. 683, 2008.

VASCONCELOS, T. B. DE; YVELIZE, F.; ARAÚJO, R. DE. Efeitos da inalação passiva da fumaça de cigarro em parâmetros estruturais e funcionais no sistema respiratório de cobaias. , v. 42, n. 5, p. 333–340, 2016.

WATANABE, P. I.; FONTANA, F. E.; SILVA, M. P.; et al. Associação entre a provocação referente ao peso corporal e a atividade física em adolescentes. **Rev Paul Pediatr**, v. 35, n. 3, p. 309–315, 2017.

WEILER, R.; AGGIO, D.; HAMER, M.; TAYLOR, T.; KUMAR, B. Sedentary behaviour

among elite professional footballers : health and performance implications. **BMJ Open Sport & Exercise Medicine**, v. 1, p. 1–4, 2015.

WHO. Nutrition in adolescence: issues and challenges for the health sector. **Issues in Adolescent Health and Development**, p. 32, 2005.

WHO. Global Health Risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 87, p. 646–646, 2009.

WHO. Global recommendations on physical activity for health. **Geneva**, p. 60, 2010.

WHO. **Global status report on noncommunicable diseases 2014**. 2014.

WIIUM, N.; BREIVIK, K.; WOLD, B. Growth Trajectories of Health Behaviors from Adolescence through Young Adulthood. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 12, p. 13711–13729, 2015.

WÜNSCH FILHO, V.; MIRRA, A. P.; LÓPEZ, R. V. M.; ANTUNES, L. F. Tobacco smoking and cancer in Brazil: evidence and prospects. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 2, p. 175–187, 2010.

ZENIC, N.; BAN, D.; JURISIC, S.; et al. Prospective Analysis of the Influence of Sport and Educational Factors on the Prevalence and Initiation of Smoking in Older Adolescents from Croatia. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 14, n. 4, p. 446, 2017.

APÊNDICE 1 - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Comportamentos de risco à saúde dos adolescentes: associação com os componentes da prática esportiva

Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Wagner de Campos

Local da Pesquisa: Escolinhas e clubes esportivos

O que significa assentimento?

Assentimento significa CONCORDAR; assim se você, menor de idade, deseja fazer parte desta pesquisa, precisa ler este Termo de Assentimento e assinar sua concordância em participar do estudo. Você terá seus direitos respeitados e receberá todas as informações sobre o estudo, por mais simples que possam parecer.

Pode ser que este documento denominado TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO contenha palavras que você não entenda. Por favor, peça ao responsável pela pesquisa ou à equipe do estudo para explicar qualquer palavra ou informação que você não entenda claramente.

Informação ao participante

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa, com o objetivo de verificar os comportamentos de risco à saúde em atletas adolescentes e sua associação com a prática esportiva e o apoio social. Esta pesquisa é importante porque apresentará informações relevantes sobre os principais comportamentos de risco à saúde em atletas adolescentes, onde a realização do esporte pode trazer resultados favoráveis a essa população. Os benefícios da pesquisa se dão pelo fato do estudo poder apresentar que se os atletas adolescentes estiveram mais engajados com o esporte, ou seja, um maior volume de treinamento por semana, maior tempo em meses ou anos de prática, tendem a apresentar menores esses comportamentos de risco à saúde, podendo descrever e estudar estratégias de persuasão quanto aos riscos à saúde, apontadas pelas variáveis de estudo da pesquisa. Os riscos da pesquisa são minimizados devido ao fato de que os dados serão obtidos através do preenchimento de questionário e avaliação de peso e estatura, entretanto, podem causar algum desconforto em seu preenchimento e na avaliação por parte dos participantes. Para amenizar estes desconfortos, o participante será lembrado da não obrigatoriedade da participação da pesquisa e que há a possibilidade de desistência em qualquer momento da coleta de dados, onde todos os dados serão mantidos em sigilo.

As escolinhas ou clubes esportivos terão acesso aos resultados da pesquisa. O estudo será desenvolvido no próprio local de treinamento (sendo ele a escolinha ou clube esportivo), onde será aplicado um questionário e será avaliado o peso e estatura com a presença do pesquisador e do professor responsável pelos atletas naquele momento, onde o material obtido (questionários e informações nutricionais) serão de uso apenas para este trabalho, para isso quando os resultados forem publicados, seu nome não aparecerá e sim um código.

Participante da Pesquisa [rubrica]
Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE [rubrica]
Orientador [rubrica]

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa
em Seres Humanos do Setor de Ciências da
Saúde/UFPR.
Parecer CEP/SD-PB.nº
na data de 24/11/2017.

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR
| CEP/SD Rua Padre Camargo, 285 | térreo | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 |
cometica.saude@ufpr.br - telefone (041) 3360-7259

Que devo fazer se eu concordar voluntariamente em participar da pesquisa?

Caso você aceite participar, será necessário você responder uma única vez o questionário que envolve perguntas sobre a prática esportiva, tais como tempo de prática do esporte, volume semanal de treino e o tipo de modalidade, e ainda os comportamentos de risco à saúde, tais como, nível de atividade física, comportamento sedentário, hábitos alimentares, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, consumo de drogas ilícitas, violência e tempo de sono, o qual levará um tempo aproximado de 60 minutos. Ainda serão avaliados o peso e a estatura para avaliação do estado nutricional. Se você sentir algum desconforto gerado pela pesquisa poderá desistir a qualquer momento. Se você estiver de acordo em participar, podemos garantir que as informações fornecidas serão confidenciais e só serão utilizadas neste trabalho, para isso quando os resultados forem publicados, o seu nome não aparecerá e sim um código. Os resultados da pesquisa serão publicados em revistas científicas específicas, ou apresentados em reuniões científicas, congressos, jornadas etc., independentemente dos resultados serem favoráveis ou não.

A sua participação é voluntária. Caso você opte por não participar não terá nenhum prejuízo na sua escolinha ou clube esportivo.

Contato para dúvidas

Se você ou os responsáveis por você tiverem dúvidas com relação ao estudo ou aos riscos relacionados a ele, você deve contatar o pesquisador principal Wagner de Campos, pelo telefone (41) 33604331 e pelo e-mail: wagner-campos@hotmail.com, ou membro de sua equipe Jhonatan Gritten Campos, pelo celular (41) 999039545 e pelo e-mail: jhonatanec@hotmail.com ou telefone fixo (41) 33604331 ou no endereço Rua Coração de Maria, 92 – CEP 20210-132 – UFPR/Campos Jardim Botânico.

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 33607259.

DECLARAÇÃO DE ASSENTIMENTO DO PARTICIPANTE

Eu li e discuti com o pesquisador responsável pelo presente estudo os detalhes descritos neste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar e que posso interromper a minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Eu entendi a informação apresentada neste TERMO DE ASSENTIMENTO. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas.

Eu receberei uma cópia assinada e datada deste documento.

[Local, ____ de ____ de ____]

[Assinatura do Adolescente]

[Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TALE]

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa
 em Seres Humanos do Setor de Ciências da
 Saúde/UFPR.
 Parecer CEP/SD-PB nº 239/6910
 na data de 24/11/2013 94

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR
 | CEP/SD Rua Padre Camargo, 285 | térreo | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240
 cometica.saude@ufpr.br - telefone (041) 3360-7259

APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Jhonatan Gritten Campos e Prof. Dr. Wagner de Campos, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o seu filho(a) a participar do estudo "Comportamentos de risco à saúde em atletas adolescentes: associação com os componentes da prática esportiva". A intenção da pesquisa é fornecer informações sobre quais os principais comportamentos de risco à saúde que os atletas adolescentes apresentam, em relação ao tipo de esporte, volume de treino e tempo de prática, além do apoio social dos pais e amigos para a realização do esporte.

a) O objetivo desta pesquisa é verificar a associação da prática esportiva com os comportamentos de risco à saúde em atletas adolescentes. Espera-se que os resultados possam auxiliar na identificação dos principais comportamentos de risco à saúde apontado pelos adolescentes, e com isso retratar a importância da prática esportiva.

b) Caso o senhor(a) aceite que seu filho(a) participe da pesquisa, será necessário que seu filho participe, será necessário responder uma única vez o questionário que envolve perguntas sobre a prática esportiva, tais como tempo de prática do esporte, volume semanal de treino e o tipo de modalidade, e ainda os comportamentos de risco à saúde, tais como, nível de atividade física, comportamento sedentário, hábitos alimentares, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, consumo de drogas ilícitas, violência e tempo de sono. Ainda serão avaliados o peso e a estatura para avaliação do estado nutricional, o qual levará um tempo aproximado de 60 minutos.

c) Para tanto todos os procedimentos ocorrerão dentro do ambiente da escolinha. Como foi mencionado, será aplicado um questionário no próprio local da prática esportiva dos participantes (escolinha ou clube esportivo), podendo ser na quadra, arquibancada, campo, onde os adolescentes possam estar preenchendo este questionário, e ainda, serão avaliados o peso e a estatura de seu filho(a) para avaliação do estado nutricional. A pesquisa contará com o professor responsável do momento pela escolinha/clube, sendo este responsável pelos respectivos alunos, e com um ou mais membros pesquisadores da equipe de coleta.

d) A pesquisa não trará nenhum desconforto ao seu filho. Caso ao mesmo traga algum desconforto, ela será interrompida ou suspensa caso seu filho não deseje continuar.

e) Os riscos da pesquisa são minimizados devido ao fato de que os dados serão obtidos através do preenchimento de questionário e avaliação de peso e estatura, entretanto, pode causar algum desconforto em seu preenchimento e na avaliação por parte dos participantes. Para amenizar estes desconfortos, o participante será lembrado da não obrigatoriedade da participação da pesquisa e que há a possibilidade de desistência em qualquer momento da coleta de dados, onde todos os dados serão mantidos em sigilo.

f) Os principais benefícios para este estudo serão em poder verificar como estão os atletas adolescentes e seus comportamentos de risco à saúde, e se um maior engajamento com o esporte, ou seja, um maior volume de treinamento por semana, maior tempo em meses ou anos de prática, favorece a uma menor apresentação desses comportamentos.

g) Se você tiver dúvidas com relação ao estudo ou aos riscos relacionados a ele, você deve contatar o pesquisador principal, você deve contatar o pesquisador principal Wagner de Campos, pelo telefone (41) 33604331 e pelo e-mail: wagner-campos@hotmail.com, no endereço Rua Coração de Maria, 92, – CEP 20210-132 – UFPR/Campos Jardim Botânico, ou membro de sua equipe Jhonatan Gritten Campos, pelo celular (41) 999039545 e pelo e-mail:

Rubricas: Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal
Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE
Orientador

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa
em Seres Humanos do Setor de Ciências da
Saúde/UFPR.
Parecer CEP/SD-PB nº
na data de 24/11/2017. *MB*

jhonatantec@hotmail.com ou telefone fixo (41) 33604331, no Departamento de Educação Física, na sala do Centro de Estudos de Atividade Física e Saúde (CEAFS) - térreo, no endereço Rua Coração de Maria, 92, - CEP 20210-132 - UFPR/Campos Jardim Botânico.

j) A participação de seu filho(a) neste estudo é voluntária, se você não quiser que seu filho faça parte dele poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.

k) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, como o orientador e o próprio pesquisador. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto terá efeito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.

l) O material obtido através de questionários e avaliação de peso e estatura, serão unicamente para essa pesquisa.

m) As despesas necessárias para a realização da pesquisa, como deslocamento dos pesquisadores até os clubes e questionários, não terão custos por parte dos participantes, e seu filho(a) não receberá qualquer valor em dinheiro por sua participação.

o) Se você estiver de acordo em seu filho(a) participar, podemos garantir que as informações fornecidas serão confidenciais e só serão utilizadas neste trabalho, para isso quando os resultados forem publicados, o nome do seu filho(a) não aparecerá e sim um código.

p) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

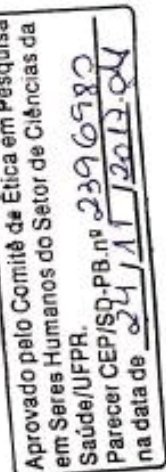
Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, _____, de _____ de _____

[Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal]

[Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE]



Jhonatan Gritten Campos (41 - 33468589 ou (41)999039545 - 8 às 18 hs)

E-mail: jhonatantec@hotmail.com

Wagner de Campos (41 - 33604331 - 8 às 18 hs)

E-mail: wagner-campos@hotmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD

Rua Padre Camargo, 285 | térreo | Alto da Glória | Curitiba/PR |

CEP 80060-240 | cometica.saude@ufpr.br - telefone (041) 3360-7259

APÊNDICE 3 - ANEMNESE SOBRE A PRÁTICA ESPORTIVA**INFORMAÇÕES PESSOAIS**

Data da avaliação ____/____/2018

Código: _____

Escola/clube: _____

Sexo: ¹[☐] Masculino ²[☐] Feminino **Data de nascimento:** ____/____/____Telefone Residencial: (☐) _____ Telefone Celular: (☐) _____**1- Você realiza a prática esportiva a quantos anos? (Anos de treino):****R:** _____**2- Você realiza a prática esportiva quantas vezes por semana? (Frequência de treino semanal):****R:** _____**3- Qual a duração da sessão de treino? (Tempo da sessão de treino):****R:** _____**4- Qual o tipo da modalidade esportiva que você realiza?**

- (A) Individual
(B) Coletivo
(C) Ambos

5- Qual modalidade esportiva você realiza?**R:** _____

APÊNDICE 4 - ESTADO NUTRICIONAL

Massa corporal (kg): _____

Estatura (cm): _____

APÊNDICE 5 - TEMPO DE SONO

Qual o horário que você vai dormir em um dia de semana: ____:____

Qual o horário que você acorda em um dia de semana: ____:____

Qual o horário que você vai dormir em um dia de fim de semana: ____:____

Qual o horário que você acorda em um dia de fim de semana: ____:____

ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Comportamento de risco à saúde em atletas adolescentes: associação com os componentes da prática esportiva

Pesquisador: Wagner de Campos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 78223317.5.0000.0102

Instituição Proponente: Departamento de Educação Física

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.396.980

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa "Comportamento de risco à saúde em atletas adolescentes: associação com os componentes da prática esportiva", tem como pesquisador responsável o Prof. Dr. Wagner de Campos e colaboração do mestrando Jhonatan Gritten Campos, do PPGEF-UFPR. "A pesquisa será descritiva correlacional com delineamento transversal. A população do estudo será composta por adolescentes que realizam treinamento esportivo na cidade de Curitiba/PR. A amostra será intencional, composta por adolescentes com idades entre 15 a 17 anos, do sexo masculino e feminino, que praticam esportes individuais e coletivos e estejam filiadas às suas respectivas federações, e que ofereçam o esporte no período da manhã ou da tarde, estimando um número de 441 sujeitos".

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Verificar a associação da prática esportiva com os comportamentos de risco à saúde em atletas adolescentes.

Objetivo Secundário:

Identificar os principais comportamentos de risco à saúde estratificado por sexo, em atletas adolescentes (filiados às suas respectivas federações paranaenses) com idades entre 15 a 17 anos;

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

**UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -**



Continuação do Parecer: 2.396.980

Verificar as diferenças dos comportamentos de risco à saúde entre o tipo de esporte (individual e coletivo), volume de treino (frequência semanal e tempo da sessão de treino) e tempo de prática (em anos) em atletas adolescentes de 15 a 17 anos de ambos os sexos;

Verificar a relação da prática esportiva com os comportamentos de riscos à saúde em atletas adolescentes de ambos os sexos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os autores " Os riscos da pesquisa são minimizados devido ao fato de que os dados serão obtidos através do preenchimento de um questionário. Uma possível causa de constrangimento e desconforto seria para o preenchimento do questionário por parte dos participantes em alguma questão específica. Para amenizar este desconforto, o participante será lembrado da não obrigatoriedade da participação da pesquisa e que há a possibilidade de desistência em qualquer momento da coleta de dados, onde todos os dados serão mantidos em sigilo. Os benefícios se dão pelo fato do estudo poder apresentar se os comportamentos de risco à saúde tendem a diminuir se os adolescentes tiverem um maior engajamento com o esporte. Onde os benefícios de um maior envolvimento com a prática esportiva, pode interferir diretamente para apresentarem menores comportamento de risco à saúde. Por fim as escolinhas e os clubes terão acesso aos resultados da pesquisa".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa aprovado em reunião do colegiado do PPGEF-UFPR.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi incluída carta de concordância do Clube Curitibano e Santa Mônica Clube, sendo estas as Instituições Coparticipantes.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram atendidas.

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo
Bairro: Alto da Glória
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

**UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -**



Continuação do Parecer: 2.396.980

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS).

Favor agendar a retirada do TCLE pelo telefone 41-3360-7259 ou por e-mail cometica.saude@ufpr.br, necessário informar o CAAE.

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio)

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_992630.pdf	07/11/2017 14:21:48		Aceito
Outros	Respostas_aos_pareceristas.pdf	07/11/2017 14:19:36	Wagner de Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	14_Termo_de_Assentimento_Livre_e_Esclarecido_versao_2.docx	07/11/2017 14:10:57	Wagner de Campos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado_versao_2.docx	06/11/2017 16:10:38	Wagner de Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	13_Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_versao_2.docx	06/11/2017 15:53:59	Wagner de Campos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.docx	03/10/2017 10:10:29	Wagner de Campos	Aceito
Outros	14_Termo_de_Assentimento_Livre_e_Esclarecido.docx	03/10/2017 10:09:51	Wagner de Campos	Aceito
Outros	9_Termo_de_compromisso_para_inici	03/10/2017	Wagner de Campos	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo
Bairro: Alto da Glória
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

**UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -**



Continuação do Parecer: 2.396.980

Outros	o_da_pesquisa.pdf	10:07:08	Wagner de Campos	Aceito
Outros	Check_list.pdf	02/10/2017 10:56:50	Wagner de Campos	Aceito
Outros	12_Termo_de_Responsabilidade_no_Projeto.pdf	02/10/2017 10:46:15	Wagner de Campos	Aceito
Outros	8_Declaracao_de_uso_especifico.pdf	02/10/2017 10:42:29	Wagner de Campos	Aceito
Outros	7_Declaracao_de_tornar_publicos_os_resultados.pdf	02/10/2017 10:41:21	Wagner de Campos	Aceito
Outros	6_Termo_de_confidencialidade.pdf	02/10/2017 10:39:10	Wagner de Campos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	4_Concordancia_da_Instituicao_Coparticipante_2.pdf	02/10/2017 10:37:53	Wagner de Campos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	4_Concordancia_da_Instituicao_Coparticipante_1.pdf	02/10/2017 10:37:19	Wagner de Campos	Aceito
Outros	2_Analise_de_merito.pdf	02/10/2017 10:36:27	Wagner de Campos	Aceito
Outros	1_Oficio_do_pesquisador_responsavel_enviando_o_projeto.pdf	02/10/2017 10:35:09	Wagner de Campos	Aceito
Outros	Ata_de_Aprovacao_do_Projeto.pdf	02/10/2017 10:34:21	Wagner de Campos	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_PB.pdf	02/10/2017 10:11:03	Wagner de Campos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 24 de Novembro de 2017

**Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador)**

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo
Bairro: Alto da Glória
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 2 - QUESTIONÁRIO DE CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL

ITENS DE CONFORTO	NÃO POSSUI	QUANTIDADE QUE POSSUI			
		1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de <i>freezers</i> independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

CE1: A água utilizada em sua casa é proveniente de:

(1) Rede de Distribuição⁴ (2) Poço ou nascente⁰. (3) Outro meio⁰

CE2: Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:

(1) Asfaltada/Pavimentada² (2) Terra/Cascalho⁰

CE3: Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

- () Analfabeto / Fundamental I incompleto⁰
- () Fundamental I completo / Fundamental II incompleto¹
- () Fundamental completo/Médio incompleto²
- () Médio completo/Superior incompleto⁴
- () Superior completo⁷

ANEXO 3 - QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADE FÍSICA PARA ADOLESCENTES

Para cada uma das atividades físicas listadas abaixo, você deverá responder quantos dias por semana e quanto tempo por dia, em média, você praticou na **SEMANA PASSADA**. Caso tenha praticado alguma atividade física que não esteja listada abaixo, escreva o(s) nome(s) da(s) atividade(s) no espaço reservado no final da lista (linhas em branco).

Atividades Físicas	Quantos dias?	Quanto tempo cada dia?
	0 a 7 dias	Tempo (horas: minutos)
1. Futebol (campo, de rua, society)		__ horas __ minutos
2. Futsal		__ horas __ minutos
3. Handebol		__ horas __ minutos
4. Basquete		__ horas __ minutos
5. Andar de patins, skate		__ horas __ minutos
6. Atletismo		__ horas __ minutos
7. Natação		__ horas __ minutos
8. Ginástica olímpica, rítmica		__ horas __ minutos
9. Judô, karatê, capoeira, outras lutas		__ horas __ minutos
10. Jazz, balé, dança moderna, outros tipos de dança		__ horas __ minutos
11. Correr, trotar (<i>jogging</i>)		__ horas __ minutos
12. Andar de bicicleta		__ horas __ minutos
13. Caminhar como exercício físico		__ horas __ minutos
14. Caminhar como meio de transporte (ir à escola, trabalho, casa de um amigo (a)). [considerar o tempo de ida e volta]		__ horas __ minutos
15. Voleibol		__ horas __ minutos
16. Vôlei de praia ou de areia		__ horas __ minutos
17. Queimado, baleado, pular cordas		__ horas __ minutos
18. Surf, <i>bodyboard</i>		__ horas __ minutos
19. Musculação		__ horas __ minutos
20. Exercícios abdominais, flexões de braços, pernas		__ horas __ minutos
21. Tênis de campo (quadra)		__ horas __ minutos
22. Passear com o cachorro		__ horas __ minutos
23. Ginástica de academia, ginástica aeróbica		__ horas __ minutos
24. Futebol de praia (<i>beach soccer</i>)		__ horas __ minutos
25. Outras atividades físicas que não estão na lista acima		__ horas __ minutos
_____		__ horas __ minutos
_____		__ horas __ minutos

ANEXO 4 - YOUTH RISK BEHAVIOR SURVEY

As próximas 4 questões referem-se a segurança pessoal.

1 – **Quando você andou de** motocicleta nos últimos 12 meses, com que frequência você usou capacete?

- (A) Eu não andei de motocicleta nos últimos 12 meses
- (B) Nunca usei capacete
- (C) Raramente usei capacete
- (D) Algumas vezes usei capacete
- (E) Na maioria das vezes usei capacete
- (F) Sempre usei capacete

2 – Com que frequência você usa **cinto de segurança** quando está em um **carro dirigido por outra pessoa**?

- (A) Nunca
- (B) Raramente
- (C) Algumas vezes
- (D) A maioria das vezes
- (E) Sempre

3 – **Durante os últimos 30 dias, quantas vezes você** andou em um carro **ou outro** veículo dirigido por outra pessoa que tinha ingerido bebida alcoólica?

- (A) Nenhuma vez
- (B) 1 vez
- (C) 2 ou 3 vezes
- (D) 4 ou 5 vezes
- (E) 6 ou mais vezes

4 – **Durante os últimos 30 dias, quantas vezes você** dirigiu um carro **ou outro veículo** quando você tinha ingerido bebida alcoólica?

- (A) Nenhuma vez
- (B) 1 vez
- (C) 2 ou 3 vezes
- (D) 4 ou 5 vezes
- (E) 6 ou mais vezes

As próximas 11 questões referem-se aos comportamentos relacionados à violência.

5 – Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você carregou **uma arma**, como faca, revólver ou cassetete?

- (A) Nenhum dia
- (B) 1 dia
- (C) 2 ou 3 dias
- (D) 4 ou 5 dias
- (E) 6 ou mais dias

6 – Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você carregou **um revólver**?

- (A) Nenhum dia
- (B) 1 dia
- (C) 2 ou 3 dias

(D) 4 ou 5 dias

(E) 6 ou mais dias

7 – Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você carregou **uma arma**, com faca, revólver ou cassetete, **na escola**?

- (A) Nenhum dia
- (B) 1 dia
- (C) 2 ou 3 dias
- (D) 4 ou 5 dias
- (E) 6 ou mais dias

8 – Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você **não** foi à escola porque você não se sentiu seguro na escola ou no caminho para a escola?

- (A) Nenhum dia
- (B) 1 dia
- (C) 2 ou 3 dias
- (D) 4 ou 5 dias
- (E) 6 ou mais dias

9 – Durante os últimos 12 meses, quantas vezes você foi ameaçado ou agredido com uma arma, como faca, revólver ou cassetete, **na escola**?

- (A) Nenhuma vez
- (B) 1 vez
- (C) 2 ou 3 vezes
- (D) 4 ou 5 vezes
- (E) 6 ou 7 vezes
- (F) 8 ou 9 vezes
- (G) 10 ou 11 vezes
- (H) 12 ou mais vezes

10 – Durante os últimos 12 meses, quantas vezes você foi roubado ou teve algo de sua propriedade danificado de propósito, como carro, motocicleta, bicicleta, patins, skate, roupas, tênis, livros, relógios, celular, cd, disc-man, etc, **na escola**?

- (A) Nenhuma vez
- (B) 1 vez
- (C) 2 ou 3 vezes
- (D) 4 ou 5 vezes
- (E) 6 ou 7 vezes
- (F) 8 ou 9 vezes
- (G) 10 ou 11 vezes
- (H) 12 ou mais vezes

11 – Durante os últimos 12 meses, quantas vezes você se envolveu em uma luta corporal?

- (A) Nenhuma vez
- (B) 1 vez
- (C) 2 ou 3 vezes
- (D) 4 ou 5 vezes
- (E) 6 ou 7 vezes
- (F) 8 ou 9 vezes
- (G) 10 ou 11 vezes

(H) 12 ou mais vezes

12 – Durante os últimos 12 meses, quantas vezes você se envolveu em luta corporal na qual você se machucou e teve que receber cuidados de médico ou enfermeiro?

- (A) Nenhuma vez
- (B) 1 vez
- (C) 2 ou 3 vezes
- (D) 4 ou 5 vezes
- (E) 6 ou mais vezes

13 – Durante os últimos 12 meses, quantas vezes você se envolveu em uma luta corporal, **na escola**?

- (A) Nenhuma vez
- (B) 1 vez
- (C) 2 ou 3 vezes
- (D) 4 ou 5 vezes
- (E) 6 ou 7 vezes
- (F) 8 ou 9 vezes
- (G) 10 ou 11 vezes
- (H) 12 ou mais vezes

14 – Durante os últimos 12 meses, seu namorado ou namorada lhe agrediu fisicamente com tapas, socos ou pontapés?

- (A) Sim
- (B) Não

15 – Você tem sido forçado(a) fisicamente a ter relação sexual quando você não quer?

- (A) Sim
- (B) Não

As próximas 5 questões referem-se aos sentimentos de tristeza e intenção de suicídio.

16 – Durante os últimos 12 meses, você sentiu-se excessivamente triste ou sem esperanças **em quase todos os dias de um período de 2 ou mais semanas**, levando você a interromper suas atividades normais?

- (A) Sim
- (B) Não

17 – Durante os últimos 12 meses, você em algum momento pensou seriamente e cometer suicídio (se matar)?

- (A) Sim
- (B) Não

18 – Durante os últimos 12 meses, você já planejou como cometer um suicídio?

- (A) Sim
- (B) Não

19 – Durante os últimos 12 meses, quantas vezes você efetivamente tentou suicídio?

- (A) Nenhuma vez
- (B) 1 vez

(C) 2 ou 3 vezes

(D) 4 ou 5 vezes

(E) 6 ou mais vezes

20 – **Se você tentou suicídio** durante os últimos 12 meses, esta tentativa resultou em alguma lesão, envenenamento, ou overdose que teve que ser tratada por um médico ou enfermeiro?

- (A) **Eu não tentei suicídio** durante os últimos 12 meses
- (B) Sim
- (C) Não

As próximas 11 questões referem-se ao uso de tabaco.

21 – Você já tentou fumar cigarro, até uma ou duas tragadas?

- (A) Sim
- (B) Não

22 – Que idade você tinha quando fumou um cigarro inteiro pela primeira vez?

- (A) Eu nunca fumei um cigarro inteiro
- (B) 8 anos ou menos
- (C) 9 ou 10 anos
- (D) 11 ou 12 anos
- (E) 13 ou 14 anos
- (F) 15 ou 16 anos
- (G) 17 anos ou mais

23 – Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você fumou cigarros?

- (A) Nenhum dia
- (B) 1 ou 2 dias
- (C) 3 a 5 dias
- (D) 6 a 9 dias
- (E) 10 a 19 dias
- (F) 20 a 29 dias
- (G) Todos os 30 dias

24 – Durante os últimos 30 dias, nos dias em que fumou, quantos cigarros você fumou **por dia**?

- (A) Eu não fumei cigarros durante os últimos 30 dias
- (B) Menos que 1 cigarro por dia
- (C) 1 cigarro por dia
- (D) 2 a 5 cigarros por dia
- (E) 6 a 10 cigarros por dia
- (F) 11 a 20 cigarros por dia
- (G) Mais que 20 cigarros por dia

25 – Durante os últimos 30 dias, **na maioria das vezes**, de que maneira você obteve os cigarros que fumou? (Selecione somente **uma** resposta).

- (A) Eu não fumei cigarros nos últimos 30 dias
- (B) Eu comprei em loja de conveniência, bar, supermercado ou posto de gasolina
- (C) Eu comprei em máquinas que vendem cigarros
- (D) Eu dei dinheiro para alguém comprar para mim
- (E) Eu emprestei cigarros de alguém próximo a mim

- (F) Uma pessoa com 18 anos ou mais deu o cigarro para mim
 (G) Eu peguei em casa com alguém da minha família
 (H) Eu consegui de outra maneira

26 – Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você fumou cigarros **na escola**?

- (A) Nenhum dia
 (B) 1 ou 2 dias
 (C) 3 a 5 dias
 (D) 6 a 9 dias
 (E) 10 a 19 dias
 (F) 20 a 29 dias
 (G) Todos os 30 dias

27 – Você tem fumado cigarros diariamente, isto é, pelo menos 1 cigarro a cada dia por 30 dias?

- (A) Sim
 (B) Não

28 – Durante os últimos 12 meses, você tentou **parar** de fumar cigarros?

- (A) Eu não fumei durante os últimos 12 meses
 (B) Sim
 (C) Não

29 – Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você mastigou fumo, fumou cachimbo ou fumo de corda?

- (A) Nenhum dia
 (B) 1 ou 2 dias
 (C) 3 a 5 dias
 (D) 6 a 9 dias
 (E) 10 a 19 dias
 (F) 20 a 29 dias
 (G) Todos os 30 dias

30 – Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você mastigou fumo, fumou cachimbo ou fumo de corda **na escola**?

- (A) Nenhum dia
 (B) 1 ou 2 dias
 (C) 3 a 5 dias
 (D) 6 a 9 dias
 (E) 10 a 19 dias
 (F) 20 a 29 dias
 (G) Todos os 30 dias

31 – Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você fumou cigarrilha ou pequenos cigarros?

- (A) Nenhum dia
 (B) 1 ou 2 dias
 (C) 3 a 5 dias
 (D) 6 a 9 dias
 (E) 10 a 19 dias
 (F) 20 a 29 dias
 (G) Todos os 30 dias

As próximas 6 questões referem-se ao consumo de bebidas alcoólicas. Isto inclui bebidas como cerveja, vinho, pinga, cachaça, champagne, conhaque, licor, rum, gim, vodka ou uísque.

32 – Durante sua vida, em quantos dias você bebeu pelo menos uma dose de bebida alcoólica?

- (A) Nenhum dia
 (B) 1 ou 2 dias
 (C) 3 a 9 dias
 (D) 10 a 19 dias
 (E) 20 a 39 dias
 (F) 40 a 99 dias
 (G) 100 ou mais dias

33 – Que idade você tinha quando tomou a primeira dose de bebida alcoólica?

- (A) Eu nunca tomei uma dose de bebida alcoólica
 (B) 8 anos ou menos
 (C) 9 ou 10 anos
 (D) 11 ou 12 anos
 (E) 13 ou 14 anos
 (F) 15 ou 16 anos
 (G) 17 anos ou mais

34 – Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você tomou pelo menos uma dose de bebida alcoólica?

- (A) Nenhum dia
 (B) 1 ou 2 dias
 (C) 3 a 5 dias
 (D) 6 a 9 dias
 (E) 10 a 19 dias
 (F) 20 a 29 dias
 (G) Todos os 30 dias

35 – Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você tomou 5 ou mais doses de bebida alcoólica em uma mesma ocasião?

- (A) Nenhum dia
 (B) 1 dia
 (C) 2 dias
 (D) 3 a 5 dias
 (E) 6 a 9 dias
 (F) 10 a 19 dias
 (G) 20 ou mais dias

36 – Durante os últimos 30 dias, na maioria das vezes, de que maneira você obteve a bebida alcoólica que tomou?

- (A) Eu não tomei bebida alcoólica nos últimos 30 dias
 (B) Eu comprei em uma loja de conveniência, supermercado, ou posto de gasolina
 (C) Eu comprei em um restaurante, bar ou clube
 (D) Eu comprei em um evento público, como festas, shows ou evento esportivo
 (E) Eu dei dinheiro para alguém comprar para mim
 (F) Alguém me deu
 (G) Eu peguei em casa com alguém da minha família
 (H) Eu consegui de outra maneira

37 – Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você tomou pelo menos uma dose de bebida alcoólica na escola?

- (A) Nenhum dia
- (B) 1 ou 2 dias
- (C) 3 a 5 dias
- (D) 6 a 9 dias
- (E) 10 a 19 dias
- (F) 20 a 29 dias
- (G) Todos os 30 dias

As próximas 4 questões referem-se ao uso de maconha.

38 – Durante sua vida, quantas vezes você usou maconha?

- (A) Nenhum dia
- (B) 1 ou 2 dias
- (C) 3 a 9 dias
- (D) 10 a 19 dias
- (E) 20 a 39 dias
- (F) 40 a 99 dias
- (G) 100 ou mais dias

39 – Que idade você tinha quando usou maconha pela primeira vez?

- (A) Eu nunca fumei maconha
- (B) 8 anos ou menos
- (C) 9 ou 10 anos
- (D) 11 ou 12 anos
- (E) 13 ou 14 anos
- (F) 15 ou 16 anos
- (G) 17 anos ou mais

40 – Durante os últimos 30 dias, quantas vezes você usou maconha?

- (A) Nenhuma vez
- (B) 1 ou 2 vezes
- (C) 3 a 9 vezes
- (D) 10 a 19 vezes
- (E) 20 a 39 vezes
- (F) 40 ou mais vezes

41 – Durante os últimos 30 dias, quantas vezes você usou maconha **na escola**?

- (A) Nenhuma vez
- (B) 1 ou 2 vezes
- (C) 3 a 9 vezes
- (D) 10 a 19 vezes
- (E) 20 a 39 vezes
- (F) 40 ou mais vezes

As próximas 9 questões referem-se ao uso de outras drogas.

42 – Durante sua vida, quantas vezes você usou **qualquer** forma de cocaína, incluindo pó, pedra ou pasta?

- (A) Nenhuma vez
- (B) 1 ou 2 vezes

- (C) 3 a 9 vezes
- (D) 10 a 19 vezes
- (E) 20 a 39 vezes
- (F) 40 ou mais vezes

43 – Durante os últimos 30 dias, quantas vezes você usou **qualquer** forma de cocaína, incluindo pó, pedra ou pasta?

- (A) Nenhuma vez
- (B) 1 ou 2 vezes
- (C) 3 a 9 vezes
- (D) 10 a 19 vezes
- (E) 20 a 39 vezes
- (F) 40 ou mais vezes

44 – Durante sua vida, em quantas vezes você cheirou cola, respirou conteúdos de spray aerosol, ou inalou tinta ou spray que deixa “ligado”?

- (A) Nenhuma vez
- (B) 1 ou 2 vezes
- (C) 3 a 9 vezes
- (D) 10 a 19 vezes
- (E) 20 a 39 vezes
- (F) 40 ou mais vezes

45 – Durante sua vida, quantas vezes você usou **heroína**?

- (A) Nenhuma vez
- (B) 1 ou 2 vezes
- (C) 3 a 9 vezes
- (D) 10 a 19 vezes
- (E) 20 a 39 vezes
- (F) 40 ou mais vezes

46 – Durante sua vida, quantas vezes você usou **metanfetaminas**?

- (A) Nenhuma vez
- (B) 1 ou 2 vezes
- (C) 3 a 9 vezes
- (D) 10 a 19 vezes
- (E) 20 a 39 vezes
- (F) 40 ou mais vezes

47 – Durante sua vida, quantas vezes você usou **êxtase** (também chamada de “droga do amor”)?

- (A) Nenhuma vez
- (B) 1 ou 2 vezes
- (C) 3 a 9 vezes
- (D) 10 a 19 vezes
- (E) 20 a 39 vezes
- (F) 40 ou mais vezes

48 – Durante sua vida, quantas vezes você tomou **anabolizantes** sem prescrição médica?

- (A) Nenhuma vez
- (B) 1 ou 2 vezes
- (C) 3 a 9 vezes
- (D) 10 a 19 vezes
- (E) 20 a 39 vezes
- (F) 40 ou mais vezes

49 – Durante sua vida, quantas vezes você usou uma agulha para injetar qualquer droga ilegal em seu corpo?

- (A) Nenhuma vez
- (B) 1 vez
- (C) 2 ou mais vezes

50 – Durante os últimos 12 meses, alguém ofereceu, vendeu ou deu de graça alguma droga ilegal para você **na escola**?

- (A) Sim
- (B) Não

As próximas 7 questões referem-se ao comportamento sexual.

51 – Você já teve relacionamento sexual?

- (A) Sim
- (B) Não

52 – Que idade você tinha quando teve uma relação sexual pela primeira vez?

- (A) Eu nunca tive uma relação sexual
- (B) 11 anos ou menos
- (C) 12 anos
- (D) 13 anos
- (E) 14 anos
- (F) 15 anos
- (G) 16 anos
- (H) 17 anos ou mais

53 – Durante sua vida, com quantas pessoas diferentes você teve alguma relação sexual?

- (A) Eu nunca tive relação sexual
- (B) 1 pessoa
- (C) 2 pessoas
- (D) 3 pessoas
- (E) 4 pessoas
- (F) 5 pessoas
- (G) 6 ou mais pessoas

54 – Durante os últimos 3 meses, com quantas pessoas diferentes você teve relação sexual?

- (A) Eu nunca tive relação sexual
- (B) Eu já tive relação sexual, mas não durante os últimos 3 meses
- (C) 1 pessoa
- (D) 2 pessoas
- (E) 3 pessoas
- (F) 4 pessoas
- (G) 5 pessoas
- (H) 6 ou mais pessoas

55 – Você tomou algum tipo de bebida alcoólica ou usou droga antes de ter relação sexual na **última vez**?

- (A) Eu nunca tive relação sexual
- (B) Sim
- (C) Não

56 – Na **última vez** que você teve relação sexual, você ou seu parceiro usou preservativo (camisinha)?

- (A) Eu nunca tive relação sexual
- (B) Sim
- (C) Não

57 – Na **última vez** que você teve relação sexual, qual método você ou seu parceiro/parceira usou para **evitar gravidez**? (Selecione somente **1** resposta.)

- (A) Eu nunca tive relação sexual
- (B) Nenhum método foi usado para evitar gravidez
- (C) Pílula anticoncepcional
- (D) Preservativo (camisinha)
- (E) Anticoncepcional injetável
- (F) Coito interrompido (“tira na hora H”)
- (G) Algum outro método
- (H) Não sei

As próximas 7 questões referem-se ao seu peso corporal.

58 – Como **você** descreve o seu peso corporal?

- (A) Muito abaixo do que eu espero
- (B) Um pouco abaixo do que eu espero
- (C) No peso que eu espero
- (D) Um pouco acima do que eu espero
- (E) Muito acima do que eu espero

59 – Você já tentou alguma iniciativa para mudar o seu peso corporal?

- (A) **Perder** peso corporal
- (B) **Ganhar** peso corporal
- (C) **Manter** peso corporal
- (D) Eu **não tomei iniciativa** para mudar o meu peso corporal

60 – Durante os últimos 30 dias, você fez algum tipo de **exercício físico** para perder peso corporal ou para não aumentar o seu peso corporal?

- (A) Sim
- (B) Não

61 – Durante os últimos 30 dias, **você comeu menos, cortou calorias ou evitou alimentos gordurosos** para perder peso corporal ou para não aumentar o seu peso corporal?

- (A) Sim
- (B) Não

62 – Durante os últimos 30 dias, você **ficou sem comer por 24 horas ou mais** para perder peso corporal ou para não aumentar o seu peso corporal?

- (A) Sim
- (B) Não

63 – Durante os últimos 30 dias, você tomou algum **remédio, pó ou líquido**, sem indicação médica para perder peso corporal ou para não aumentar o seu peso corporal?

- (A) Sim
- (B) Não

64 – Durante os últimos 30 dias, você **vomitou ou tomou laxantes** para perder peso corporal ou para não aumentar o seu peso corporal?

- (A) Sim
- (B) Não

As próximas 8 questões referem-se a sua alimentação durante os últimos 7 dias. Pense a respeito de todas as refeições e lanches que você fez ao longo de todo o dia. Inclua os alimentos que você comeu em casa, na escola, em restaurantes ou em qualquer outro lugar.

65 – Durante os últimos 7 dias, quantas vezes você tomou **suco de frutas 100% natural**? (**Não** considerar sucos aromatizados, bebidas energéticas ou sucos industrializados).

- (A) Eu não tomei sucos 100% natural nos últimos 7 dias
- (B) 1 a 3 vezes durante os últimos 7 dias
- (C) 4 a 6 vezes durante os últimos 7 dias
- (D) 1 vez por dia
- (E) 2 vezes por dia
- (F) 3 vezes por dia
- (G) 4 ou mais vezes por dia

66 – Durante os últimos 7 dias, quantas vezes você comeu **frutas**? (**Não** considerar os sucos de frutas).

- (A) Eu não comi frutas nos últimos 7 dias
- (B) 1 a 3 vezes durante os últimos 7 dias
- (C) 4 a 6 vezes durante os últimos 7 dias
- (D) 1 vez por dia
- (E) 2 vezes por dia
- (F) 3 vezes por dia
- (G) 4 ou mais vezes por dia

67 – Durante os últimos 7 dias, quantas vezes você comeu **saladas verdes**?

- (A) Eu não comi salada verde nos últimos 7 dias
- (B) 1 a 3 vezes durante os últimos 7 dias
- (C) 4 a 6 vezes durante os últimos 7 dias
- (D) 1 vez por dia
- (E) 2 vezes por dia
- (F) 3 vezes por dia
- (G) 4 ou mais vezes por dia

68 – Durante os últimos 7 dias, quantas vezes você comeu **batatas**? (**Não** considerar batatas fritas ou batatas chips).

- (A) Eu não comi batatas nos últimos 7 dias
- (B) 1 a 3 vezes durante os últimos 7 dias
- (C) 4 a 6 vezes durante os últimos 7 dias
- (D) 1 vez por dia
- (E) 2 vezes por dia
- (F) 3 vezes por dia
- (G) 4 ou mais vezes por dia

69 – Durante os últimos 7 dias, quantas vezes você comeu **cenouras**?

- (A) Eu não comi cenouras nos últimos 7 dias
- (B) 1 a 3 vezes durante os últimos 7 dias
- (C) 4 a 6 vezes durante os últimos 7 dias
- (D) 1 vez por dia
- (E) 2 vezes por dia
- (F) 3 vezes por dia
- (G) 4 ou mais vezes por dia

70 – Durante os últimos 7 dias, quantas vezes você comeu **outros vegetais**? (**Não** considerar saladas verdes, batatas e cenouras).

- (A) Eu não comi outros vegetais nos últimos 7 dias
- (B) 1 a 3 vezes durante os últimos 7 dias
- (C) 4 a 6 vezes durante os últimos 7 dias
- (D) 1 vez por dia
- (E) 2 vezes por dia
- (F) 3 vezes por dia
- (G) 4 ou mais vezes por dia

71 – Durante os últimos 7 dias, quantas vezes você bebeu uma garrafa, lata ou copo de refrigerante, como coca-cola, fanta, sprite, pepsi ou tubaina? (**Não** considerar os refrigerantes diet ou light).

- (A) Eu não bebi refrigerantes nos últimos 7 dias
- (B) 1 a 3 vezes durante os últimos 7 dias
- (C) 4 a 6 vezes durante os últimos 7 dias
- (D) 1 vez por dia

- (E) 2 vezes por dia
- (F) 3 vezes por dia
- (G) 4 ou mais vezes por dia

72 – Durante os últimos 7 dias, quantos **copos de leite** você bebeu? (Incluir o leite que você bebeu em copo ou xícara, de caixinha, ou com cereais).

- (A) Eu não bebi leite nos últimos 7 dias
- (B) 1 a 4 copos nos últimos 7 dias
- (C) 4 a 6 copos nos últimos 7 dias
- (D) 1 copo por dia
- (E) 2 copos por dia
- (F) 3 copos por dia
- (G) 4 ou mais copos por dia

As próximas 5 questões referem-se à atividade física.

73 – Durante os últimos 7 dias, em quantos dias você foi ativo fisicamente por **pelo menos 60 minutos por dia**? (Considere o tempo que você gastou em qualquer tipo de atividade física que aumentou sua frequência cardíaca e fez com que sua respiração ficasse mais rápida por algum tempo).

- (A) Nenhum dia
- (B) 1 dia
- (C) 2 dias
- (D) 3 dias
- (E) 4 dias
- (F) 5 dias
- (G) 6 dias
- (H) 7 dias

74 – Em um dia que você vai para a escola, quantas horas você assiste TV?

- (A) Eu não assisto TV nos dias em que vou para escola
- (B) Menos que 1 hora por dia
- (C) 1 hora por dia
- (D) 2 horas por dia
- (E) 3 horas por dia
- (F) 4 horas por dia
- (G) 5 ou mais horas por dia

75 – Em um dia que você vai para a escola, quantas horas você joga videogame ou usa o computador para alguma atividade que não seja trabalho escolar? (incluir atividades como PlayStation, games no computador e Internet).

- (A) Eu não jogo videogame ou uso o computador que não seja para os trabalhos escolares.
- (B) Menos que 1 hora por dia
- (C) 1 hora por dia
- (D) 2 horas por dia
- (E) 3 horas por dia

- (F) 4 horas por dia
- (G) 5 ou mais horas por dia

76 – Em uma semana que você vai à escola, em quantos dias você tem aula de educação física?

- (A) Nenhum dia
- (B) 1 dia
- (C) 2 dias
- (D) 3 dias
- (E) 4 dias
- (F) 5 dias

77 – Durante os últimos 12 meses, em quantas equipes de esporte você jogou? (incluir equipes da escola, do clube ou do bairro).

- (A) Nenhuma equipe
- (B) 1 equipe
- (C) 2 equipes
- (D) 3 ou mais equipes

As próximas 3 questões referem-se a outros tópicos relacionados à saúde.

78 – Você tem recebido informações sobre AIDS ou HIV na escola?

- (A) Sim
- (B) Não
- (C) Não sei

79 – Um médico ou enfermeiro já disse que você tem asma?

- (A) Sim
- (B) Não
- (C) Não sei

80 – Ainda assim, você já teve asma?

- (A) Eu nunca tive asma
- (B) Sim
- (C) Não
- (D) Não sei

ESTE É O FIM DO QUESTIONÁRIO, MUITO OBRIGADO PELA SUA AJUDA!